Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2½—3 Bogen. Preis vierteljährig 6 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 46. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

O. Bollinger, München. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. M. v. Schleiss, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 9. 26. Februar 1895. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 46. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. 42. Jahrgang.

Originalien.

Aus dem hygienischen Institut der Universität Zürich.

Bakteriologisches über Diphtherie.[1])

Von Dr. *W. Silberschmidt*, Assistenten am Institut.

I. Erfahrungen bei der bakteriologischen Untersuchung von 125 Fällen auf Diphtherie.

Vorerst einige Bemerkungen über die anzuwendenden Nährböden. Es wird von verschiedenen Autoren angegeben, der Diphtheriebacillus gedeihe auf Glycerinagar gut und die Colonien seien typisch. Für die Züchtung in Reincultur hat dies wohl Geltung; wer aber zur Stellung der Diagnose Diphtherie bei einem Patienten nur Röhrchen mit schräg erstarrtem Glycerinagar zur Verfügung hat (von den Agar-Petrischalen sehe ich ab, da deren Transport und Handhabung für den praktischen Arzt nicht einfach genug ist), wird sich bald überzeugen können, dass es in vielen Fällen sehr schwierig, ja sogar unmöglich ist, Colonien von Löffler'schen Bacillen von den zahlreichen Coccen und anderen Mikroorganismen zu unterscheiden.

Der von Löffler empfohlene Nährboden, sowie das erstarrte durchsichtige Rinder-Blutserum ohne Zusatz von Pepton und Glycerin, obschon etwas umständlicher in der Herstellung, erleichtert die Diagnose sehr. Nach kurzer Uebungszeit ist man im Stande die typischen Colonien zu erkennen und in einigen Fällen konnten schon nach 10—12 Stunden, regelmässig 15 Stunden nach Einbringen in den Brutschrank die Diphtheriebacillen im mikroskopischen Präparat nachgewiesen werden. Wiederholt habe ich gleichzeitig und auf dieselbe Weise Culturen auf beiderlei Nährböden angelegt und ich konnte mich in jedem Falle davon überzeugen, dass die Diagnose viel früher gestellt werden konnte mit den Culturen auf Blutserum; häufig war es trotz der sorgfältigsten Untersuchung in den Culturen auf Glycerin-Agar unmöglich den Löffler'schen Bacillus nachzuweisen, währenddem derselbe auf Serum zahlreiche typische Colonien bildete. Daher muss ich betonen, dass Glycerinagar in Röhrchen zur Auffindung von Diphtheriebacillen in einem Gemenge ein ganz und gar unzuverlässiger Nährboden ist, sogar für den geübten Bakteriologen und daher ein negativer Befund mit diesem Nährboden nicht beweisend ist.

Wenn das erstarrte Blutserum für das rasche und sichere Auffinden des Löffler'schen Bacillus der beste der allgemein eingeführten Nährböden ist, so beruht dies vor allem auf dem Umstand, dass andere Mikroorganismen schlechter, resp. nicht so schnell darauf wachsen. In vielen Fällen, wo bei der makroskopischen und mikroskopischen Untersuchung der Cultur auf Blutserum reine Diphtherie angenommen worden wäre, konnten sowohl direct in den Belägen oder Pseudomembranen wie in den Culturen in Bouillon oder auf Agar andere Mikroorganismen nachgewiesen werden. Für die Beurtheilung der Mischinfection, einer Frage, welche voraussichtlich die Bakteriologen noch längere Zeit beschäftigen wird, ist daher die Cultur auf Blutserum unzureichend und ich möchte vorschlagen, bei der Untersuchung eines jeden Falles neben zwei schräg erstarrten Blutserum- ein Glycerinagar-Röhrchen zu impfen.

Von Ende October bis Mitte Januar habe ich 125 Untersuchungen ausgeführt; es handelte sich meist um Fälle von klinisch diagnosticirter Diphtherie, daneben um einige verdächtige Anginen. Es wurden auch einige Kinder, welche sich einer Infection ausgesetzt hatten, auf Diphtheriebacillen untersucht.

Die Culturen wurden nach den Angaben von Roux und Martin in der Weise angelegt, dass der Belag mittelst einem am Ende spatelförmig ausgebreiteten dicken Platindraht abgekratzt und ein jedes Röhrchen mit drei parallelen längsgerichteten Strichen beschickt wurde; bei richtiger Entnahme kann man alle Röhrchen der Reihe nach impfen mit dem nur einmal inficirten Draht. In zweifelhaften Fällen von Larynxdiphtherie ohne Pseudomembran ist es anzurathen, an der hinteren Rachenwand möglichst tief abzukratzen und für jedes Röhrchen frisches Material zu entnehmen. Am leichtesten ist die Anlegung der Culturen, wenn eine ausgehustete Pseudomembran vorhanden ist.

Typische Diphtheriebacillen wurden in 91 Fällen nachgewiesen. In Bezug auf die Schwere des Krankheitsbildes schien mir in den 12—24 stündigen Culturen auf Blutserum die Länge der Bacillen nicht von ausschlaggebender Bedeutung zu sein, wohl aber die Dicke. Neben dem Diphtheriebacillus wurde unser Hauptaugenmerk auf die Streptococcen gerichtet und in den meisten Fällen eine Cultur in 2 procent. Traubenzucker-Fleischwasser-Pepton-Bouillon angelegt. Nur einmal konnten wir ausschliesslich Diphtheriebacillen nachweisen; in den übrigen Fällen, selbst bei sofortiger Abimpfung der aus der frischen Tracheotomiewunde entnommenen Pseudomembran waren noch andere Mikroorganismen vorhanden. In Uebereinstimmung mit den Angaben von Bernheim (aus der Klinik von Escherich) wurden Streptococcen in der Traubenzuckerbouillon stets nachgewiesen und zwar in etwa ⅔ der Fälle in langen Ketten, in den anderen in kurzen, wenig gewundenen (Diplococcen?). Mikrococcen und Staphylococcen, welche sich besser auf festen Nährböden entwickeln, wurden in mehr als 25 Proc. der Fälle gefunden. Von den anderen Mikroorganismen will ich nur noch das nicht seltene Vorkommen des Mikrococcus tetragenus erwähnen.

Thierexperimente wurden nur einige ausgeführt; ich kann die Thatsache bestätigen, dass der Grad der Virulenz der Diphtheriebacillen für Meerschweinchen (es wurden 24—48 stündige Culturen injicirt) nicht immer der Schwere des klinischen Bildes beim Menschen entspricht. Bei einem Kinde, das sich in einem inficirten Zimmer befand, ohne Erscheinungen von Diphtherie zu zeigen, eine geringgradige Röthung des Rachens ausgenommen, wurden zahlreiche Colonien von Diphtheriebacillen nachgewiesen, welche virulent für Meerschweinchen waren: das eine Thier starb nach 72 Stunden bei subcutaner Injection von ¾ cc³ einer 24stündigen Bouilloncultur, das zweite erhielt 2½ cc³ derselben Cultur und starb nach 36 Stunden.

[1]) Nach einer Mittheilung in der Sitzung der Gesellschaft der Aerzte in Zürich am 26. Januar 1895.

In 12 weiteren Fällen wurden meist vereinzelte Colonien von plumpen, in der Regel auch kurzen (bacille court Roux, Pseudodiphtheriebacillus?) Bacillen nachgewiesen. 2mal handelte es sich um Kinder, welche, ohne Erscheinungen von Seiten des Rachens und des Larynx aufzuweisen, zufällig untersucht wurden; 2 weitere Fälle betrafen Patienten, welche in einem Zimmer waren mit Diphtheriekranken: das eine erkrankte einige Tage später an Rachendiphtherie und eine neue Untersuchung ergab das Vorhandensein von typischen schlanken Löffler'schen Bacillen. In den übrigen Fällen handelte es sich um Anginen, welche zum Theil vor Abschluss der bakteriologischen Untersuchung mit Heilserum behandelt wurden, zum grösseren Theil aber in Folge des Befundes nicht injicirt wurden; die Krankheit verlief überall rasch und günstig. Neben der geringeren Zahl ist mir noch aufgefallen, dass sich die Colonien auf Blutserum etwas langsamer entwickelten wie die typischen Diphtheriebacillen.

Zum Beweise, dass es sich um nichtvirulente Bacillen handelte, habe ich in 2 Fällen Thierversuche gemacht. Die Reincultur in Fleischwasserpeptonbouillon wurde in Mengen von 1, $1\frac{1}{2}$, $3\frac{1}{2}$ und 5 cc[3] subcutan injicirt; alle Thiere blieben am Leben.

Nach diesen wenigen Erfahrungen bin ich geneigt anzunehmen, dass das Vorhandensein vereinzelter Colonien plumper (darauf lege ich das Hauptgewicht), meist kurzer Bacillen bei einer Angina als prognostisch günstig anzusehen ist. Die Frage, ob dieselben als abgeschwächte Diphtherie- oder als diphtherieähnliche Bacillen zu betrachten sind, will ich nicht entscheiden.

Der Vollständigkeit halber sei noch erwähnt, dass in allen Fällen, bei denen eine wiederholte Untersuchung das Fehlen von Diphtheriebacillen ergeben hatte, der weitere Verlauf der Krankheit mit und ohne Serumbehandlung ein günstiger war.

II. Ueber das Verbleiben von Diphtheriebacillen bei Patienten, welche mit Behring'schem Heilserum behandelt wurden.

Diese Frage ist für die Prophylaxe der Diphtherie von allergrösster Wichtigkeit. Zahlreiche Autoren haben auf das lange Zurückbleiben der Löffler'schen Bacillen nach Schwund der Pseudomembranen aufmerksam gemacht. Die grösste mir bekannte Statistik stammt von W. H. Welch[2]); sie datirt von einer Zeit, wo die Serumtherapie in Nord-Amerika noch nicht eingeführt war und erstreckt sich auf 752 Fälle, bei welchen durch die bakteriologische Untersuchung Diphtheriebacillen nachgewiesen worden waren. Es verschwanden die specifischen Krankheitserreger 325mal am 3. Tage, 201mal am 5. bis 7., 84mal am 12., 69mal am 15., 57mal am 21., 11mal am 28., 5mal am 35. und 1mal erst am 50. Tage nach der völligen Abstossung der Membranen.

Auf Vorschlag von meinem hochverehrten Chef, Herrn Prof. Wyss, Director des hygienischen Instituts, stellte ich mir die Aufgabe, die mir leicht zugänglichen Fälle, welche mit Behring'schem Heilserum behandelt worden waren, Nachuntersuchungen zu unterziehen. Die Cultur wurde auf dieselbe Weise angelegt wie für die erste Untersuchung; meist wurde nur ein Serumröhrchen mit dem abgekratzten Material von der Tonsille bestrichen. Der Nährboden muss möglichst klar und durchsichtig sein, da es sonst häufig schwer fällt, eine typische Colonie zu erkennen. Aeusserer Umstände halber konnten die Nachuntersuchungen nicht in gleichmässigen Zeitintervallen vorgenommen werden. Auch konnten die Fälle nicht weiter verfolgt werden, da es sich um Spitalpatienten handelte, welche nicht selten vor Beendigung der Untersuchung oder ohne wiederderholte Controle entlassen werden mussten.

Die Cultur wurde in der Regel erst dann angelegt, wenn die Patienten klinisch als genesen betrachtet werden konnten. Die folgende Tabelle bezieht sich auf 45 Fälle von bakteriologisch festgestellter Diphtherie; einige wurden 2, 3 und mehrmal untersucht. Die Anzahl Tage betrifft die Zeitdauer zwischen der ersten Injection von Heilserum und der Nachuntersuchung; die zweite Reihe enthält die Anzahl der untersuchten Fälle, die dritte die Zahl derjenigen, bei denen typische Diphtheriebacillen nachgewiesen worden sind, und in der vierten Reihe sind diejenigen Fälle angeführt mit Anfangs typischen und später kurzen plumpen Bacillen.

Tage	Anzahl der Fälle	Fälle mit Diphtheriebacillen	Fälle mit plumpen Bacillen.	Tage	Anzahl der Fälle	Fälle mit Diphtheriebacillen	Fälle mit plumpen Bacillen
$1\frac{1}{2}$	1	1	—	16	5	3	1
3	5	3	—	17	1	1	—
5	5	2+1*)	—	18	1	1	—
6	4	2	—	19	3	1	—
7	3	2+1*)	—	20	1	1	—
8	3	3	—	21	7	3	2
9	3	2	1	22	1	1*)	—
10	3	3	—	23	2	1	—
11	4	3	1	25	1	—	—
12	2	1	—	27	1	—	1
13	2	—	—	31	1	1	—
14	7	4	—	32	1	1	—
15	9	6	3				

Einige wenige Fälle mit negativem Befund sind zu Beginn meiner Untersuchungen nicht notirt worden. —

Die Thatsache, dass die Anzahl der Löffler'schen Bacillen in der Regel, aber nicht immer, einige Tage nach der Injection von Heilserum bedeutend abnimmt, kann ich bestätigen. In Bezug auf den vollkommenen Schwund des Krankheitserregers ist aber der Einfluss nicht so günstig, wie es von anderer Seite angeführt worden war.

Von vornherein ist nicht anzunehmen, dass ein Mittel, welches den Organismus giftfest macht, gleichzeitig auf die Lebensfähigkeit des specifischen Krankheitserregers eine ungünstige Einwirkung auszuüben im Stande ist. In dieser Beziehung ist folgender Fall von grösstem Interesse. Bei einem Kinde mit Rachenbelägen wurde die klinische Diagnose Diphtherie gestellt, der Transport in die Diphtheriestation angeordnet und die Einspritzung von einem Fläschchen Serum No. 1 vorgenommen. Die sorgfältige bakteriologische Untersuchung (die Abimpfung liess sich sehr leicht ausführen) ergab am Tage der Aufnahme und 5 Tage später das Vorhandensein von Streptococcen, daneben einige wenige Colonien mit kurzen plumpen, diphtherieähnlichen Bacillen. Nach 11 Tagen wurde wiederum eine Cultur angelegt und sehr zahlreiche Colonien von typischen Diphtheriebacillen nachgewiesen; das Kind zeigte gar keine Krankheitssymptome. Das Heilserum hatte in diesem Falle immunisirend gewirkt, nicht aber die Entwicklung von Diphtheriebacillen im Rachen verhindert.

Die weitere Frage, ob die Bacillen ihre Virulenz eingebüsst hatten, konnte nicht für jeden Fall beantwortet werden. Es wurden in 6 nicht speciell ausgesuchten Fällen die Colonien isolirt und Meerschweinchen subcutan mit der Bouillonreincultur injicirt; die Thiere waren mittelgross, 4—500 g schwer. Kurz zusammengefasst, ist das Ergebniss Folgendes:

No.	Injicirte Menge	Alter der Cultur	Tage	Resultat
1	$\frac{3}{4}$ cc[3]	24 Stunden	9	+ nach 3 Tagen
2	3	20 „	11	+ nach 36 Stunden
3	1	24 „	16	+ nach 43 Stunden
4	2	24 „	19	+ nach 72 Stunden
5	2	24 „	31	+ nach 38 Stunden
6	1	30 „	15	bleibt gesund

Die Tage bedeuten wiederum den Zwischenraum zwischen Einspritzung und Entnahme der Cultur.

Im Falle No. 6 war bei der mikroskopischen Untersuchung die plumpe Form hervorgehoben worden; in den übrigen 5 Fällen wiesen die Culturen keine merkliche Abnahme der Virulenz auf.

Ich muss bedauern, dass ich die Fälle nicht weiter verfolgen konnte und dass die Thierversuche in so geringer Zahl ausgeführt wurden. Nichtsdestoweniger können wir aus diesen Untersuchungen ersehen, dass trotz der Serumtherapie Patienten, welche klinisch als geheilt betrachtet

[2]) Erwähnt in der Arbeit von Kolle, Zeitschrift für Hygiene, 1895, XIX, p. 139 etc.

*) bedeutet, dass Diphtheriebacillen in der Cultur aus der Nase und nicht im Rachen gefunden wurden.

werden, noch lebensfähige und vollvirulente Diphtheriebacillen in ihrem Rachen beherbergen, in Folge dessen, da wir die Diphtherie noch immer als eine sehr ernste Erkrankung betrachten müssen, für ihre Umgebung gefährlich sind.

Es liegt uns ferne aus diesen wenigen Versuchen allgemein giltige Sätze aufzustellen in Bezug auf Verbleiben und Virulenz der Diphtheriebacillen bei Reconvalescenten und Genesenen. Diejenigen prophylaktischen Maassregeln, welche in Nord-Amerika vor Einführung der Serumtherapie angeordnet worden sind (Kölle l. c.), verdienen noch jetzt volle Beachtung und es ist wünschenswerth ähnliche Gesetze auch in Europa zu unterstützen.

Zum Schlusse möchte ich folgendes Postulat aufstellen: In den meisten Fällen von Diphtherie, welche mit dem Behring'schen Heilserum behandelt worden waren, konnten mehrere Tage und sogar Wochen nach der Injection bei subjectivem Wohlbefinden typische Diphtheriebacillen nachgewiesen werden:

1) es ist geboten, vor Entlassung eines Patienten aus dem Spital, sich durch Cultur auf Blutserum zu überzeugen, dass im Rachen keine Diphtheriebacillen mehr vorhanden sind;

2) bei Behandlung im Hause ist es angezeigt, die Desinfection erst dann vorzunehmen, wenn der Patient frei von Diphtheriebacillen ist.

Aus der med. Klinik des Herrn Prof. Dr. Eichhorst in Zürich.

Lungengangrän nach Influenza.

Von Dr. *E. Rhyner.*

Unter den Complicationen und Nachkrankheiten der Influenza spielen bekanntlich solche von Seiten der Respirationsorgane eine Hauptrolle. Lungengangrän jedoch wird verhältnissmässig selten im Gefolge von Influenza beobachtet.

Diesbezügliche Nachforschungen, die ich in der, mir zur Verfügung stehenden Literatur anstellte, ergaben nur sehr spärliche Notizen. In der, die Influenza in den Jahren 1891 bis 1893 behandelnden Literatur vermisse ich überhaupt jegliche Angaben über Lungengangrän.

Dagegen findet sich in dem von Leyden und Guttmann im Auftrage des Vereins für innere Medicin herausgegebenen Sammelwerk über die Influenzaepidemie 1889/90, in dem von Litten bearbeiteten Abschnitt: Symptome der Circulation und Respiration, pag. 89 die Bemerkung, dass der Ausgang der Influenzapneumonie in Lungengangrän 6mal zur Beobachtung kam, und zwar in Berlinchen, Giengen, Aachen, Posen, Hannover und Württemberg. Nähere Angaben über die betreffenden Fälle fehlen jedoch.

In der Wiener klinischen Wochenschrift 1890, No. 8 berichtet Kundrat in einem Artikel: „Ueber anatomische Befunde während der Influenzaepidemie", dass er unter seinem Sectionsmaterial im April 1888 1mal multiple Gangrän der Lunge, aus lobulärer Pneumonie hervorgegangen, im December 1889 3mal circumscripte Gangrän der Lunge bei Indurativpneumonie, und im Januar 1890 1mal Gangrän der Lunge im Anschluss an croupöse Pneumonie mit kleinen lobulären Herden angetroffen hat.

Und in der Wiener medicin. Wochenschrift 1890, No. 12 sagt Drasche, relativ häufig trete bei Influenza Induration des pneumonischen Infiltrates ein, bisweilen jedoch komme es auch zu Abscedirungen, Nekrose und Gangrän der Entzündungsherde, mit mehr oder weniger umfangreichen Zerstörungen des Lungengewebes. Daran anknüpfend publicirt er folgenden, von ihm im Wiener Krankenhaus beobachteten Fall:

36jährige Köchin erkrankt am 23. December 1889 mit Frostanfall, Schnupfen und Husten. Obschon sich Kopf- und Gliederschmerzen hinzugesellen, besorgt sie ihr Geschäft weiter, macht Ausgänge etc., bis am 2. Januar 1890 heftige stechende Schmerzen in der Brust sie veranlassen, ärztlichen Rath zu suchen. Sie wird ins Krankenhaus gebracht, wo man rechts seitlich ein handflächengrosses Infiltrat der Lunge constatirt. Milzvergrösserung; etwas Eiweiss im Urin. Temp. 38,9, Puls 120, Resp. 56.

Am 3. I.: Ausbreitung der Hepatisation über die ganze hintere Fläche der rechten Lunge.

Am 4. I.: Hepatisation der ganzen hinteren und seitlichen Fläche der rechten Lunge, gleichzeitig handtellergrosses Infiltrat in der linken Scapulargegend. Etwas schleimig-eitriger Auswurf.

In der Nacht vom 5./6. I. starker Schweiss.

6. I.: Ueber beiden Lungen hinten Bronchialathmen und zahlreiche grossblasige Rasselgeräusche. Mässiger eitriger Auswurf bei starkem Husten.

7. I.: Zunehmende Schwäche, galliges Erbrechen; spärlicher, schleimig-eitriger Auswurf.

8. I.: Nachts Delirien. Erbrechen. Hochgradige Dyspnoe mit Cyanose. Ausgebreitete Rasselgeräusche über beiden Lungen.

9. I.: Leichte Somnolenz; massenhaftes galliges Erbrechen. Nachmittags 4 Uhr empfindet Patientin plötzlich sehr heftiges Stechen in der linken Brusthälfte, zugleich hochgradige Dyspnoe. Die Untersuchung ergibt an der vorderen linken Brustfläche, in der Herzgegend, hoch tympanitischen Schall bei grosser Empfindlichkeit der Brustwand. 8 Uhr Abends Exitus nach wiederholtem Erbrechen von schwärzlicher, übelriechender Flüssigkeit.

Sectionsbefund: Im linken Brustraum ziemlich viel Gas und sehr spärliche, trübe, gelblich-röthliche Flüssigkeit. Auf der Pleura pulmonalis des Unterlappens und der vorderen Partien des Oberlappens fibrinös eitrige Exsudatlamellen. Im vorderen unteren Winkel des linken Oberlappens findet sich ein halbwallnussgrosser Lungenantheil umgewandelt in eine rundliche, mit missfarbiger, grüngelber Flüssigkeit erfüllte, dicht unter der Pleura liegende Höhle, deren Wandungen von missfarbig infiltrirtem, zerfliessendem Gewebe gebildet sind. Im hinteren Umfang des oberen Lappens zeigt sich eine ziemlich voluminöse verdichtete Lungenpartie, mit blassgrauröthlicher, sehr feuchter und ziemlich glatter Schnittfläche, eine dicke, trübe, grüngelbe Flüssigkeit absondernd.

Drasche hebt noch besonders hervor, dass neben der gleichmässigen, lobären Hepatisation sich auch zerstreute lobuläre Entzündungsherde vorfanden.

Rechte Pleurahöhle und Lunge frei.

Das ganze Krankheitsbild hatte sich also folgendermaassen entwickelt: Influenzabronchitis; bilaterale Pneumonie mit nekrotischem Zerfall eines pneumonischen Herdes in der linken Lunge; Perforation der Pleura und Pneumothorax.

Bei Besprechung des Falles betont Drasche den Umstand, dass „dem so schweren und ausgebreiteten entzündlichen Process in den Lungen das Verhalten der Temperatur, die nicht ein einziges Mal auf 40° stieg, keineswegs entsprach. Ebenso ungewöhnlich für eine gewöhnliche Pneumonie erscheint auch das wiederholte Vorkommen fast normaler Temperaturgrade beim Fortschreiten des entzündlichen Processes in den Lungen."

Es sei mir nun gestattet, etwas näher auf 3 Fälle von Lungengangrän einzutreten, die während der Influenzaepidemie 1893/94 in Zürich zur Beobachtung gelangten, einer davon in der consultativen Praxis von Herrn Prof. Eichhorst, die zwei anderen im Kantonsspital Zürich.

Bei dieser Gelegenheit spreche ich meinem hochverehrten Lehrer Herrn Prof. Eichhorst für die Anregung zu vorliegender Arbeit, sowie für die gütige Ueberlassung der betreffenden Krankengeschichten meinen besten Dank aus.

Fall I. Der, mir von dem behandelnden Arzte, Herrn Dr. Hermann Müller in Zürich in sehr verdankenswerther Weise bereitwilligst zur Verfügung gestellten Krankengeschichte entnehme ich folgende Daten:

Frau E. M., 26 Jahre alt, in keiner Weise erblich belastet, war, abgesehen von einer im 21. Lebensjahr überstandenen Cholelithiasis, früher stets gesund. Seit ein paar Monaten freilich bestand leichte Anämie, und Frau M. klagte öfters über grosse Müdigkeit.

Am 14. XII. 1893 stellten sich Kopfschmerzen, Husten und solch intensives Müdigkeitsgefühl mit Frösteln ein, dass Pat. das Bett aufsuchte.

Herr Dr. Müller, am 16. XII. zugezogen, stellte die Diagnose Influenza, um so eher, als er im selben Haus (Hôtel) vorher zahlreiche Influenzafälle (Familienmitglieder, Angestellte und Fremde) behandelt hatte. Die Untersuchung der Lungen ergab keine Veränderungen.

Bezüglich der Temperaturverhältnisse etc. verweise ich auf die, am Schluss dieser Krankengeschichte gegebene Zusammenstellung.

In der Nacht vom 19./20. XII. trat plötzlich heftiges Stechen unter dem rechten Schulterblatt auf, und am 20. XII. war bei der Morgenvisite rechts unten und seitlich verminderte Sonorität des Lungenschalls, seitlich trockene, spärliche Rhonchi und undeutliches Reiben zu constatiren.

Athmung wegen der dabei empfundenen Stiche oberflächlich. Schaumig weisses Sputum mit Blutstreifen vermischt. Abends derselbe Lungenbefund; reichlicher, schleimig-schaumiger Auswurf, schmutzig braun gefärbt. Exspirationsluft sehr fötid riechend. Pat. gibt an, beim Husten schlechten, etwas bitteren Geschmack im Mund zu verspüren.

21. XII. Hinten rechts über Ober- und Unterlappen ausgedehnte Dämpfung, oben Bronchialathmen und zähe Rhonchi, unten abgeschwächtes Athmen. Vorn und seitlich abgeschwächte, dumpfe, zer-

Uebersicht der Temperaturen, etc.

Tag	Stunde, Uhr	Temperatur	Puls	Respiration	Uhr	
Dec. 1893						
17.	2	38,8				
	4	38,4				
	8	38,4				
18.	8	38,2				
	12	37,8				
	4	38,2				
	7	38,3				
19.	8	39,0			9	Phenacet. 0,5
	12	36,8			3	„
	4	38,3			8	„
	6	39,3			11	„
	9	39,3				
20.	8	39,9	112		10	„
	11	37,9				
	3	37,7			2	
	6	38,2			7	„
21.	9	39,9				
	1	37,7	104			
	4	38,4	108			
	7	39,3	112			
	10	38,5	112			
	12	39,1	112			
22.	5	39,8	126			
	8	38,1				
	11	37,4	96			
	3	37,9	98		5	„
	6	37,2	94			
	9	38,7	114		9	„
	12	38,2	100			
23.	5	38,3	100			
	8	39,6	132		8	„
	11	37,3	94			
	3	38,9	104		3	„
	6	37,7	104			
	9	39,5				
	12	37,7				
24.	5	38,5				
	9	39,1	104			
	11	39,5	112		11	„
	12	38,7	108			
	3	38,3	116		2	„
	6	38,3	128	40		
	9	39,7	128	48		
	12	37,8	104	32		
25.	5	38,6	108	40		
	8	40,7	128	48	8	„
	10	38,3	108	32		
	12	38,1				
	3	39,0			2	„
	6	38,5	92	40		
	8	39,5	124	36	9	„
	12	38,3	118	40		
26.	5	40,1	128	40	5	„
	7	38,4	96	36		
	10	39,9	128	40		
	12	38,4	116	28	11	„
	3	38,8				
	6	39,8	128	40	6	„
	9	38,9			9	„
	12	38,3				
27.	5	40,2	132		5	„
	9	38,1	120	44		
	11	38,9			11	„
	1	39,1				
	3	38,1	96			
	6	39,9			6	„
	9	38,3	108			
	12	39,4	124			
28.	5	40,1	132		5	„
	8	37,9	96	28		
	11	39,6	120	28		
	3	39,0			12	„
	6	38,2	112	32	5	Chin.mur.0,75
	9	39,0				
	12	37,8				
29.	5	37,5			3	Phenacet. 1,0
	6	36,9				
	8	37,3				
	11	38,9	116			
	3	37,0	86		2	„ 0,5

Tag	Stunde, Uhr	Temperatur	Puls	Respiration	Uhr	
30.						Schüttelfrost
					2	Phenacet. 0,5
					5	„ 0,5
	6	38,7	112			
	7	39,6	120			
	10	39,9			12	„ 0,5
	2	36,9	108	32		
	6	39,2	120	40	5	„ 0,5
	9	39,0	120		9	„ 0,5
	12	38,8	116			
31.	6	36,9	100		3	„ 1,0
	9	38,3	108	32		
	12	39,3	120		11	„ 0,5
	3	40,0	128		3	„ 1,0
	6	37,2	104			
	9	39,1				
	12	38,3				
Januar 1894						
1.	6	37,2	108	32		
	8	38,6	112			
	11	39,1			11	„ 0,5
	3	39,2	120			
	6	39,1				
	9	40,2	128		9	„ 0,5
	12	38,7				
2.	5	37,4			3	„ 1,0
	9	39,1			9	„ 0,5
	11	38,4	108	40		
	3	40,1			3	„ 0,5
	6	40,1	128	38	6	„ 0,5
	9	38,3	108		8	„ 0,5
	12	39,2			12	„ 0,5
3.	6	37,1	104		3	„ 1,0
	9	38,2				
	11	39,7	120	40	10	„ 0,5
	3	39,1			2	„ 0,5
	6	39,8	128	32	6	„ 0,5
	10	38,6	120	36		
	12	39,4				
4.	3	40,0			3	„ 1,0
	6	37,2	108			
	9	37,7				
	11	39,9	128		11	„ 0,5
	2	39,1	128	36	2	„ 1,0
	6	38,4	124			
	9	40,7			9	„ 1,0
5.	3	39,0	128		3	„ 0,5
	6	38,6				
	9	39,9			9	„ 0,5
	12	38,2	120	24		Erbrechen
	3	39,2	120		3	Antipyrin 1,5
	6	38,3	112			(supposit.)
	9	39,1	128		10	„
	12	38,8				
6.	3	38,7				
	6	38,7				
	8	38,5				Erbrechen
	9	39,8	140		10	Phenacet. 1,0
	12	36,2				
	3	36,1	104			
	6	37,9				
	7	39,9				
	9	38,6				
	12	38,0				Schüttelfrost
7.	1	40,5			1	Phenacet. 1,0
	7	35,8				Erbrechen
	9	35,9				
	12	38,9			12	Phenacet. 0,5
	3	38,5			3	„
	6	40,1			6	„
	9	37,8				
	12	38,2			12	„
8.	2^{30}	38,5				4^{30} Schüttelfr.
	5^{45}		184	à	distance	hörbare
	9	36,2	132			Herztöne

streute, spärliche, klein- bis mittelblasige Rhonchi. Beim Aufrichten behufs Untersuchung bekommt Patientin heftigen Hustenreiz. Auswurf chocoladenfarbig, reichlich; penetranter Fötor.

23. XII. Nach ziemlich ordentlicher, schmerzfreier Nacht heute allgemeine Abgeschlagenheit. Pneumonie auch im rechten Oberlappen. Knistern hinten bis in die rechte Spitze, vorn frei. Herzbefund normal. Sputum reichlich, fast rein blutiger Schaum. Fötor der Exhalationsluft viel geringer (Pat. hat 2 stündlich je 2 Myrtolcapseln à 0,15 bekommen).

In der Nacht vom 23./24. XII. wieder heftiges Stechen in der rechten Seite.

24. XII. Ueber dem Mittellappen Bronchialathmen, hinten unten Vesiculärathmen, ebenso seitlich unten. Urin eiweissfrei.

25. XII. Am Morgen heftiger Husten und reichlich braunrothes, stark putrides Sputum. Hepatisation hinten im ganzen Oberlappen, und in der obern Hälfte des Unterlappens. Fast kein Rasseln. Herztöne kräftig, rein.

26. XII. Hinten geht die Pneumonie etwas weiter nach unten. Bronchialathmen am lautesten unter der Spina scapulae; ganz unten abgeschwächt. Knisterrasseln über allen 3 Lappen. Bei Hustenanfall starker Fötor.

27. XII. Nun auch Hepatisation des rechten Unterlappens bis zur Basis; Dämpfung und lautes Bronchialathmen. Von Zeit zu Zeit starker Hustenanfall.

28. XII. Hinten rechts Hepatisation von oben bis unten. Links am Angul. inf. scap. vereinzelte kleinblasige Rhonchi und Bronchialathmen (fortgeleitetes?).

In der Nacht vom 28./29. XII. kein Husten und nur sehr wenig Auswurf.

30. XII. Morgens früh Schüttelfrost. Hinten rechts reichliche, mittelblasige Rhonchi.

31. XII. Linke Lunge frei. Rechts Lösungssymptome. Reichlicher (3 Deciliter), stark fötider Auswurf.

1894. 1. I. Fortschreitende Resolution; Dämpfung hellt sich auf; keine Cavernensymptome.

Nacht vom 1./2. I. sehr ordentlich, gegen Morgen 3 Stunden anhaltender Schlaf.

3. I. Viel Husten und Auswurf (3 Deciliter). Dämpfung hat bedeutend abgenommen. Hinten auf der ganzen rechten Seite kleinbis mittelblasige Rhonchi; unter der Spina Bronchialathmen mit leicht amphorischem Beiklang, und gröbere Rhonchi.

4. I. Rechts hinten unten tympanitischer Schall und grobe, halbklingende Rhonchi; unter der Spina Bronchialathmen. Vorn und seitlich zerstreute kleinblasige Rasselgeräusche. 2 Deciliter Auswurf.

5. I. Heftiger Husten. Auswurf sehr stark fötid. Vormittags 1 mal Erbrechen.

6. I. Rechts vorn oben tympanitischer Schall, hinten Dämpfung von oben bis unten. Oben bis zur Mitte der Scapula lautes Bronchialathmen. Am Morgen beförderte der Husten ziemlich reichlichen, blutigen Auswurf, und im Lauf des Vormittags trat einmal Erbrechen auf.

In der Nacht vom 6./7. I. ein Schüttelfrost und gegen den Morgen 3 maliges Erbrechen.

8. I. Morgens 4 Uhr 30 Min. Schüttelfrost. Um 5 Uhr 45 Min. wurden 184 laute, à distance hörbare Herztöne constatirt; um 9 Uhr bei einer Temperatur von 36,2 noch 132 Pulsschläge. Zunehmender Kräfteverfall. Erfolglosigkeit aller angewendeten Excitantien.

In der Nacht vom 8./9. I. Morgens 1 Uhr 30 Min. trat nach wiederholtem Erbrechen der Exitus ein.

Die Section wurde leider nicht bewilligt.

Fall II. Anamnese: W. Sp., Student, 22 Jahre alt, ist mit Ausnahme einer im 6. Altersjahr durchgemachten Lungenentzündung nie krank gewesen. Erbliche Belastung irgendwelcher Art scheint nicht vorhanden zu sein.

Am 7. XII. 93 wurde Patient von Frösteln und Husten befallen, setzte aber gleichwohl den Collegienbesuch fort, bis er am 12. XII., als sich Bluthusten und stechende Schmerzen in der rechten Seite einstellten, einen Arzt rufen liess. Auf dessen Verwendung hin gelangte Patient am 14. XII. zur Aufnahme auf die medicinische Abtheilung des Kantonsspitals.

Stat. praes.: Kleiner, ziemlich gracil gebauter junger Mann von mässigem Ernährungszustand. Haut trocken, heiss, mit zahlreichen Aknepusteln über Brust und Rücken. Keine Oedeme. Gesicht leicht cyanotisch; Lippen trocken, deutlich cyanotisch. Nasenflügel athmen. Augen, Mund- und Rachenhöhle ohne Veränderungen.

Thorax flach, stark difformirt. Rechte Thoraxhälfte stärker gewölbt, linke platter. Wirbelsäule im Brusttheil nach rechts convex, linke Scapula etwas tiefer als rechte. (Patient schreibt diese Verkrümmung der Wirbelsäule und des Thorax schwerer Arbeit in der Jugend, namentlich Lasttragen zu.)

Ueber der rechten Lunge hinten Dämpfung vom dritten Brustwirbel bis unten. Stimmfremitus aufgehoben in den unteren Partien, oben stark. Athemgeräusch kaum hörbar, abgeschwächt vesiculär, in der Seite leis bronchial, mit crepitirendem Rasseln. Rechts vorn von der 4. Rippe an abwärts Dämpfung mit abgeschwächtem Stimmfremitus, abgeschwächtem Vesiculärathmen und spärlichen mittelgrossblasigen, dumpfen Rasselgeräuschen. Oberhalb der 4. Rippe lauter Lungenschall, mit Vesiculärathmen, Giemen und Pfeifen.

Links überall lauter Lungenschall, nur hinten unten, in ca. 2 fingerbreiter Ausdehnung leises Bronchialathmen mit Knisterrasseln.

Herzbefund normal. Inspection, Palpation und Percussion der Abdominalorgane ergeben keine Besonderheiten.

Patient ist bei freiem Sensorium, klagt über Husten und Stechen in der rechten Brusthälfte. Temp. 39,2, Puls 104, regelmässig, kräftig, voll. Kein Erbrechen. Sputum zäh, rostfarben. Stuhl retardirt. Im Harn Sedimentum lateritium und Spuren von Eiweiss. Mikroskopisch lassen sich neben harnsaurem Natron ziemlich zahlreiche hyaline Cylinder, Rundzellen und rothe Blutkörperchen nachweisen.

Klinische Diagnose: Pleuropneumonia fibrin. dupl. inf. Nephritis ac. hämorrhag.

Krankengeschichte. 18. XII. 93: Pneumonische Erscheinungen über der linken Lunge verschwunden, nur noch etwas Giemen.

19. XII.: Rechts von der Höhe der 3. Rippe bis an die 5. Rippe besteht eine, um den Thorax von vorn bis an die Wirbelsäule reichende tympanitische Zone, über der bei Percussion und Auscultation metallische Erscheinungen zu constatiren sind. Succussionsgeräusch.

22. XII.: Pleurale Dämpfung ist heute etwas gestiegen; Succussio Hippocratis deutlicher als je; bei der diesbezüglichen Prüfung verspürt Patient heftigen Hustenreiz. Probepunction im 9. Intercostalraum rechts in der Scapularlinie ergibt ziemlich dünnflüssigen, jauchigen Eiter.

Patient wird mit der Diagnose: Pyopneumothorax dexter auf die chirurgische Abtheilung des Kantonsspitals transferirt, woselbst noch gleichen Tags die Empyemoperation vorgenommen wird, und zwar in Form der Thorakotomie mit subperiostaler Rippenresection.

Nach gründlicher Reinigung des Operationsgebietes wird in der Höhe der 9. Rippe rechts ein etwa 10 cm langer Schnitt durch Haut und Musculatur gemacht. Unterbindung der Gefässe. Nach Ablösung des Periostes von der 9. Rippe in der erforderlichen Ausdehnung wird ein ungefähr 4 cm langes Stück derselben resecirt.

Eröffnung der Pleura. Es spritzt in weitem Bogen sehr viel abscheulich stinkender Eiter, der schon stark zersetzt ist, heraus. Patient befindet sich sofort etwas besser; der Hustenreiz hört auf und die Athmung wird freier. Einlegen eines dicken Drains. Aseptischer Verband.

Der weitere Verlauf war, wie ich der, auf der chirurgischen Abtheilung weiter geführten und mir von Herrn Prof. Krönlein gütigst zur Einsicht überlassenen Krankengeschichte entnehme, ein durchaus günstiger; der Husten verschwand rasch und das Allgemeinbefinden hob sich zusehends. Appetit und Schlaf von Mitte Januar 1894 an gut.

Bis zum 2. I. fand täglich Verbandwechsel statt und von da bis Ende Januar noch jeden 2. oder 3. Tag. Dann verminderte sich die Eitersecretion allmählich, der Verband musste seltener erneuert werden.

Am 23. II. hatte sich die Wunde bis auf die Oeffnung für das Drain vollkommen geschlossen.

Am 21. V. liess man, um ein Urtheil über die Grösse der Höhle zu gewinnen, ganz schwache Sublimatlösung einlaufen und constatirte, dass die Höhle sich bedeutend verkleinert hatte, indem nur sehr wenig Flüssigkeit einfloss.

Uebersicht der Temperaturen, etc.

Tag	Temperatur	Puls	Tag	Temperatur	Puls
Dec. 1893					
14.	38,9	96	28.	36,7	88
	39,3	116		38,9	100
15.	38,2	104	29.	36,3	84
	38,4	120		38,4	100
16.	38,6	112	30.	36,6	88
	38,8	112		37,0	96
17.	37,8	100	31.	36,6	
	39,8	112		37,6	
18.	37,5	100	Jan. 1894		
	38,9	112	1.	37,1	
19.	37,8	100		38,3	
	38,5	92	2.	39,1	
20.	37,6	100		38,2	
	38,5	120	3.	36,6	
21.	38,0	108		38,8	
	39,4	116	4.	36,3	
22.	37,5	120		38,3	
(Operation)	38,7	104	5.	36,4	
23.	37,0	88		38,3	
	38,3	100	6.	36,5	
24.	37,3	92		37,9	
	37,3	96	7.	36,6	
25.	36,7	88		37,7	
	38,0	100	8.	36,6	
26.	36,4	88		37,5	
	38,1	96	Von da an (mit unbedeutenden Ausnahmen) meist normale Temperatur.		
27.	36,4	84			
	38,9	116			

Am 21. VI. konnte das Drain beim Verbandwechsel ganz weggelassen werden, da die Secretion nur noch gering war. Auf die Wunde wurde einfach Jodoformgaze gelegt und am 5. VII. genügte ein Heftpflasterverband. Secretion minim.

Am 23. VII. konnte Patient mit der Weisung, sich zu Hause noch unter ärztliche Aufsicht zu stellen, entlassen werden.

(Schluss folgt.)

Ueber Mund- und Nasenathmung.*)

Von Prof. Dr. *Schech.*

Die hohe Bedeutung der Nase als Athmungsorgan ist erst in den letzten Jahren genügend erkannt worden. Zu dieser Erkenntniss trugen sowohl bei die klinischen Beobachtungen, als auch ganz besonders die experimentellen Untersuchungen von Aschenbrandt[1]), Kayser[2]) und Bloch[3]).

Sie in Kürze mit den bisher gewonnenen Resultaten bekannt zu machen, ist der Zweck dieser Mittheilung.

Durch die genannten Autoren wurde in erster Linie constatirt, dass die Einathmungsluft während ihres Durchganges durch die Nase sehr beträchtlich erwärmt wird. Die Grösse der Erwärmung der Einathmungsluft wächst mit ihrer Temperaturdifferenz gegenüber der Körperwärme, d. h. die Wärmeaufnahme der Einathmungsluft ist umso grösser, je niedriger ihre Temperatur vor dem Eintritt in die Nase war. Bei einer Aussentemperatur von — 8 Grad wird die Luft in der Nase um 25 Grad erwärmt, bei einer Aussentemperatur von + 2 um 19 Grad, bei + 18 um 10 Grad u. s. w.

Die Luft wird aber zweitens auch in der Nase in hohem Grade mit Wasser imprägnirt: Nach Aschenbrandt und Kayser ist die Sättigung mit Wasserdampf eine vollständige, während Bloch nur $^2/_3$ des Wassergehaltes in der Nase sich beimischen lässt und $^1/_3$ in den tiefer gelegenen Theilen des Respirationsapparates. Die Beimengung des Wassers geschieht durch die Verdunstung des continuirlich producirten und auf den Nasengängen niedergeschlagenen Nasensecretes.

Die genannten Autoren haben endlich noch constatirt, dass die Einathmungsluft auf ihrem Wege durch die Nase in hohem Grade von Staub und gröberen Beimengungen gereinigt wird. Ein Theil derselben wird schon am Naseneingange durch die dort befindlichen Haare aufgefangen, ein anderer Theil schlägt sich auf den gewundenen und befeuchteten Nasengängen nieder, während ein letzter Theil im Nasenrachenraum zurückgehalten wird.

Mit dem Staube werden aber auch Mikroorganismen abgehalten, wie die Untersuchung des normalen Nasensecretes ergibt, das sehr arm an solchen ist. Anders ist dies bei dem Secrete kranker Nasen, so namentlich bei Ozaena, das förmlich von Bacillen wimmelt. Durch Strauss in Paris wurde ferner constatirt, dass auch pathogene Mikroorganismen in der Nase zurückgehalten werden können; so fand derselbe zahlreiche Tuberkelbacillen in den Nasen solcher Personen, welche mit der Pflege von Phthisikern beschäftigt waren, ohne dass diese Personen selbst an Tuberculose erkrankt wären.

Es ist ferner sicher, dass trotz der besprochenen Schutzvorrichtungen doch die Nase die Eingangspforte für die Träger verschiedener Infectionskrankheiten ist; wenn aber Ziem[4]) und Heller[5]) glauben, durch methodische Ausspülungen der Nase und des Nasenrachenraumes alle möglichen Infectionskrankheiten verhüten zu können, so dürfte dies doch wohl nur ein frommer Wunsch bleiben, zumal sich die in die Epithelien eingedrungenen Mikroorganismen durch Bespülung der Oberfläche nicht viel beirren lassen werden.

Betrachtet man jetzt die Resultate, welche bei den Experi-

*) Referirender Vortrag, gehalten im ärztl. Verein München.

[1]) Aschenbrandt, Die Bedeutung d. Nase für d. Athmung. 1886.

[2]) Kayser, Die Bedeutung der Nase und der ersten Athmungswege für die Respiration. 1887.

[3]) Bloch, Die Pathologie und Therapie der Mundathmung. 1889.

[4]) Ziem, Nasenleiden bei Infectionskrankheiten. Münchener med. Wochenschrift, No. 49, 1894.

[5]) Heller, Pharyngotherapie. Münchener med. Wochenschrift, No. 44, 1894.

menten über die Athmung durch den Mund gewonnen wurden, so ergibt sich vor Allem, dass die Erwärmung der Einathmungsluft in der Mundhöhle eine geringere ist. Die Differenz beträgt zwar nach Aschenbrandt und Kayser nur $^1/_2$—3 Grade, wird aber von Bloch als viel grösser angegeben.

Ebenso verhält es sich mit dem Feuchtigkeitsgehalt, der ebenfalls bei der Mundathmung viel geringer ausfällt; am hochgradigsten aber ist die Verunreinigung resp. der Staubgehalt der Luft bei der Mundathmung.

Die mitgetheilten Versuche beweisen, dass der Athmung durch die Nase in jeder Hinsicht der Vorzug gebührt. Dementsprechend hat die Natur auch die weise Einrichtung getroffen, dass sowohl der gesunde Mensch als auch das gesunde Thier im Ruhezustand immer durch die Nase athmet.

Die Athmung durch den Mund muss also, sobald keine aussergewöhnlichen Anforderungen an die Respiration gestellt werden, als pathologisch betrachtet werden.

Nun treffen wir allerdings nicht gar selten Menschen, die, ohne Schaden für ihre Gesundheit zu nehmen, Jahre lang, ja das ganze Leben hindurch, durch den Mund athmen; allein unendlich viel grösser ist die Zahl jener, welche durch die Mundathmung belästigt werden, und die nichts sehnlicher wünschen, als wieder auf dem früheren Wege, durch die Nase, athmen zu können.

Als Ursachen der Mundathmung resp. der behinderten Nasenathmung sind zu nennen: Angeborener oder erworbener Verschluss der Nasenlöcher, Schwellungen und Infiltrate tuberculöser oder syphilitischer Natur am Naseneingang, Ekzem mit Krustenbildung, Lähmung der Nasenflügelmuskeln, Ansaugung der Nasenflügel. Aeusserst häufig sind Verbiegungen und Auswüchse der Nasenscheidewand, knöcherne oder häutige Verwachsungen der Nasenmuscheln unter sich oder mit dem Septum, chronische hypertrophische Rhinitis, Polypen, Granulationswucherungen in Folge von Nebenhöhleneiterungen, Knochenblasen, Nasensteine, Fremdkörper, Choanalstenose. Die bei Kindern unstreitig häufigste Ursache der Mundathmung ist die Hyperplasie der Rachentonsille für sich allein oder in Verbindung mit Hypertrophie der Gaumenmandeln. Relativ selten sind Verwachsungen des weichen Gaumen mit der Hinterwand des Rachens in Folge von Syphilis und anderen Geschwürsprocessen.

Die Störungen und Schädlichkeiten, welche die Mundathmung erzeugt, sind um so folgenschwerer, je jünger das Individuum ist und je hochgradiger und langdauernder im Allgemeinen die Nasenstenose ist. Nicht selten sieht man aber auch schon bei geringgradiger und kurzdauernder Verlegung der Nase den ganzen Symptomencomplex auftreten, was theils in der relativen Kleinheit der Organe, theils in dem Verlaufe der venösen und Lymphgefässe seinen Grund haben mag.

Abgesehen von der immensen Abkühlung und Vertrocknung der Mund-, Rachen- und Kehlkopfschleimhaut, welche zu Rhagadenbildung an Lippen und Zunge, zu Abschwächung des Tastgefühls und Geschmacks, nach Einigen zu frühzeitiger Zahncaries Anlass gibt, schafft die Mundathmung unstreitig eine grössere Disposition zu katarrhalischen Erkrankungen der Rachengebilde, des Kehlkopfs, der Luftröhre und Bronchien. Dass dem in der That so ist, sieht man aus den Erfolgen der Operation; Kinder, die fast das ganze Jahr kränkelten und an beständigen Katarrhen litten, verlieren dieselben nach Wiederherstellung der Nasenathmung meistens vollständig. Dass auch, wie Andere behaupten, die Diphtherie, Keuchhusten, Scharlach und andere Infectionskrankheiten bei Mundathmern häufiger vorkommen, ist zwar möglich, habe ich aber bisher noch nicht mit Sicherheit constatiren können.

Durch das beständige Offenhalten des Mundes erleiden ferner nicht nur die Weichtheile, sondern auch die Knochen des Gesichts gewisse Veränderungen, die wieder um so hochgradiger ausfallen, je jünger das mundathmende Individuum ist.

Die Gesichtszüge bekommen den bekannten schlaffen, trägen, oft geradezu blöden Ausdruck; die Kaumuskeln werden gedehnt und atrophisch, die Herabzieher des Unterkiefers hypertrophisch und ein Theil der Gesichtsmuskeln wird abnorm erschlafft, ein anderer wieder dauernd überanstrengt. Die Dehnung der Kaumuskeln führt zu Schmerzen am Jochbogen und in der Schläfengegend, die ungleiche Spannung der Gesichtsmuskeln hat äusserst häufig Störungen der Articulation und schwere Sprachfehler, so namentlich das orale Stottern zur Folge (Bloch). Durch den Druck der gezerrten Wangenweichtheile einerseits, durch das beständige Anprallen des Luftstromes an den harten Gaumen andererseits kommt es bei jugendlichen Personen und zwar auch bei solchen ohne rhachitische Anlage zu einer Wachsthumsanomalie der Knochen, welche sich durch eine stärkere spitzbogenartige Wölbung des harten Gaumens documentirt. Nach Körner[6]) muss man unterscheiden zwischen den Veränderungen am Oberkiefer bei Kindern, welche vor dem Zahnwechsel an Nasenstenose gelitten haben und zwischen jenen Veränderungen, welche entstehen, wenn die Nasenstenose während des Zahnwechsels eingetreten ist.

Wenn die Nasenstenose vor dem Zahnwechsel bestanden hat, so fällt am meisten auf der kuppelartige Hochstand des Gaumens; der Alveolarrand, welcher normalerweise einen Halbkreis bildet, nimmt die Gestalt einer Ellipse an; seine beiden Seitentheile erscheinen einander näher gerückt, als beim normalen Kiefer; der ganze Oberkiefer erscheint im Wachsthum zurückgeblieben, die Stellung der Milchzähne aber ist eine normale.

Besteht die Nasenstenose noch zur Zeit des Zahnwechsels fort, so stellen sich noch andere auffallende Veränderungen ein. Die seitlichen Theile der Alveolarfortsätze nähern sich mehr mehr, der Kiefer wird länger und schmäler; das bereits hohe, kuppelartige Gaumengewölbe rückt noch höher hinauf und wird seitlich verschmälert, der vordere Theil des Alveolarrandes richtet sich mehr nach vorne, die bleibenden Schneidezähne richten sich ebenfalls nach vorne; die beiden mittleren Schneidezähne schieben sich dachziegelartig übereinander, wie auch oft andere Zähne eine unregelmässige Stellung einnehmen. Der Unterkiefer bleibt im Gegensatze zu der Rhachitis unverändert. Diese letztere kann jedoch sich zu den erstgenannten Veränderungen hinzugesellen und die Missbildung noch hochgradiger machen.

Durch die starke spitzbogenartige Wölbung des harten Gaumens kommt es aber auch zu Missbildungen an der Nase, zu Schiefstand der Scheidewand und zu allgemeiner Verengerung der Nasengänge.

Die Folgen der Mundathmung machen sich ferner auch bemerkbar am Thorax, der meist zu flach und zu schmal erscheint, und an dessen Rippen oft in Folge von gleichzeitiger früherer Rhachitis deutliche Verbiegungen und Eindrücke erkennbar sind.

Es muss im ersten Augenblicke sonderbar erscheinen, dass die Mundathmung, bei welcher doch mit jedem Athemzuge eine scheinbar viel grössere Luftmenge eingeathmet wird, auf die Entwicklung des Thorax einen ungünstigen Einfluss ausübt, einen Einfluss, den man vielmehr in entgegengesetzter Richtung erwarten sollte. Dieses Verhalten wird jedoch verständlich, wenn man, wie Bloch nachgewiesen hat, bedenkt, dass bei der Mundathmung der Gaswechsel in der Lunge dennoch ein geringerer ist, weil bei der Ausathmung durch den Mund die eingeathmete Luft weniger lange, also auch weniger vollkommen verwerthet wird, als dies bei der Nasenathmung der Fall ist. Ausserdem wissen wir durch Ludwig, dass der Gaswechsel bei der Mundathmung keinesfalls intensiver ist, und durch Voltolini, dass bei der Nasenathmung sowohl der In- als auch der Exspirationsdruck grösser ausfällt als bei der Mundathmung.

Ich komme nun zu einer Reihe von subjectiven Be-

[6]) Körner, Untersuchungen über Wachsthumsstörungen und Missgestaltung des Oberkiefers und des Nasengerüstes in Folge von Behinderung der Nasenathmung. 1891.

schwerden und anderen Erscheinungen, welche die Mundathmung gleichfalls zur Folge hat.

Eine der auffallendsten, häufigsten und störendsten ist das Schnarchen, jene bekannte geräuschvolle Bewegung des Gaumensegels während des Schlafes; es ist oft so stark, dass es durch mehrere Zimmer hindurch gehört wird. Bei Säuglingen leidet bekanntlich die Nahrungsaufnahme, auch wird oft die Zunge verschluckt und so an den harten Gaumen angepresst, dass nächtliches Aufschrecken und Athembeschwerden sich einstellen. Auch Erwachsene klagen meist über schlechten unruhigen Schlaf, schreckhafte Träume und Alpdruck. Ueber den letzteren besitzen wir sogar experimentelle Untersuchungen, freilich aus einer Zeit, wo man die Krankheiten der Nase kaum dem Namen nach kannte. Börner[7]) ahmte die ungenügende Nasenathmung dadurch nach, dass er festschlafenden gesunden Personen eine Wolldecke so über das Gesicht breitete, dass der Mund ganz und die Nasenöffnungen theilweise bedeckt waren. Der Schläfer begann sofort in langgedehnten Zügen einzuathmen; das Gesicht röthete sich, sämmtliche Athemmuskeln geriethen in angestrengte Thätigkeit, die Halsvenen schwollen an, allein der Schläfer rührte sich nicht, sondern liess bei jedem Athemzuge einen ächzenden Ton vernehmen, die Augen blieben geschlossen; bald folgte unter sichtlicher Anstrengung ein Umdrehen des ganzen Körpers und damit ein Abwerfen der Decke vom Gesicht; die Athmung wurde sofort freier und ruhig ging der Schlaf seinen Gang. Aufgeweckt erzählte die Versuchsperson, sie habe geträumt, der Alp in Gestalt eines hässlichen Thieres liege ihr auf der Brust. Es kann nicht verwundern, dass durch anhaltende Störung des Schlafes bei Kindern und Schwächlichen das Allgemeinbefinden leidet, dass Mattigkeit, Schlaffheit, Unlust zu körperlicher Bewegung, Appetitlosigkeit und Anämie sich einstellen.

Von nervösen Erscheinungen begegnet man am häufigsten dem Kopfschmerz und gewissen Veränderungen der Psyche und des Intellectes.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass beide Symptome der durch die Nasenverstopfung erzeugten Veränderung der Circulation der Lymphe in dem Gehirn und dessen Häuten ihre Entstehung verdanken. Haben doch Axel Key, Rezius[8]) und Flatau[9]) den Zusammenhang der nasalen Lymphbahnen mit dem Subarachnoidealraum nachgewiesen.

Die Formen, unter welchen der Kopfschmerz auftritt, sind sehr verschieden, wie namentlich Bresgen[10]) und Scheinmann[11]) dargethan haben; bald ist es mehr ein dumpfer den ganzen Kopf umspannender Druck, bald eine grosse Benommenheit, bald ein regelmässig zu gewissen Zeiten auftretender Schmerz von neuralgischem Charakter an der Stirne, den Schläfen oder am Hinterkopf. Die ausserordentliche Häufigkeit der verschiedenen Formen der Kopfschmerzen bei Nasenkranken, namentlich auch bei Nebenhöhleneiterungen, die ich mit anderen Beobachtern vollauf bestätigen kann, macht uns zur unabweisbaren Pflicht, in jedem Falle auch die Nase zu untersuchen und nicht gleich mit der Verordnung eines „Migrainemittels“ bei der Hand zu sein.

Die Veränderungen der Psyche bestehen theils in gereizter, leicht erregbarer, weinerlicher Stimmung, theils in Apathie, schläfrigem Wesen und Widerwille gegen geistige Beschäftigung. Aeusserst häufig sind namentlich bei Kindern mit Hyperplasie der Rachenmandel die Abnahme des Gedächtnisses bis zu völliger Amnesie, die Unfähigkeit zu geistiger Arbeit, die Unmöglichkeit, die Gedanken auf einen Punkt zu concentriren; diese letztere Erscheinung hat man nach dem Vorschlage von Guye[12]) als Aprosexie bezeichnet. Die Aprosexie ist aufzufassen als eine Erschöpfungserscheinung des Gehirns, hervorgerufen durch mangelhafte Abfuhr der Stoffwechselproducte. Kinder, die daran leiden, sind trotz allen Aufwandes von Zeit und Fleiss nicht im Stande, Neues in sich aufzunehmen, ja sie vergessen sogar bereits Gelerntes, was zur Folge hat, dass sie in der Schule zurückbleiben oder gar als schwachsinnig betrachtet werden. Wie relativ häufig dies vorkommt, ersieht man an den Schuluntersuchungen von Kafemann[13]), der unter 117 mit Nasenstenose behafteten Mädchen 29 geistig zurückgebliebene ausfindig machte und die Zahl solcher Knaben nicht viel geringer fand. Aehnliche Beobachtungen liegen aus England, Oesterreich, Italien und anderen Ländern vor. Auch ich habe Aprosexie so häufig im Gefolge der adenoiden Wucherungen gesehen, dass mir jeder Zweifel an der Existenz derselben unberechtigt erscheint, wenn ich auch weit entfernt bin, jedes faule, eigensinnige oder dumme Schulkind für nasenkrank zu halten.

Zu der Entstehung der eben geschilderten geistigen Depression tragen aber noch wesentlich bei die Erkrankungen des Ohres, welche äusserst häufig Nasenkrankheiten begleiten, und die vom einfachen Tubenverschluss bis zu den schwersten Mittelohreiterungen und deren Folgen alle möglichen Variationen aufweisen. Auch noch einige andere schwere Nervenleiden hat man mit mehr oder weniger Recht mit Nasenleiden oder vielmehr mit der damit verbundenen Athmungsstörung in Zusammenhang gebracht, so namentlich das Asthma, das ich bereits in einem früheren Vortrage besprochen habe, ferner die Epilepsie, den Morbus Basedowii, die Chorea. Dass bei Epileptikern durch Zuschwellung der Nase nächtliche Anfälle hervorgerufen werden und dass auch bei Gesunden in Folge von mangelhafter Nasenathmung epileptoide Anfälle auftreten können, ist sicher constatirt, ebenso dass einzelne Fälle von Morb. Based. durch Behandlung der Nase gebessert wurden. Was die Chorea anlangt, so habe ich einmal einen äusserst hochgradigen Fall bei einem zehnjährigen an adenoiden Wucherungen leidenden Knaben beobachtet, bei dem sich die Zuckungen allerdings nur auf die Gesichtsmuskeln beschränkten.

Endlich hat man auch die Enuresis nocturna mit der Mundathmung in causalen Zusammenhang gebracht. H. Major, der die ersten Beobachtungen darüber brachte, sprach die Ansicht aus, es handle sich dabei um eine Kohlensäureüberladung des Blutes, wie dieselbe in der That häufig bei ungenügender Athmung im Schlafe zu Stande kommt; Andere, wie Ziem[14]) acceptirten diese Ansicht und wiesen auf analoge Vorkommnisse hin, wie z. B. auf die unwillkürliche Harn- und Kothentleerung erstickender Thiere oder auf den Samenerguss Erhängter.

Bloch erklärt das Bettnässen aus der häufig bei Kindern mit gestörter Nasenathmung vorkommenden nervösen Disposition oder reizbaren Schwäche.

Der causale Zusammenhang der Enuresis mit Störungen der Nasenathmung wurde auch von Körner[15]), Schmaltz[16]), Halbeis[17]) und neuestens von Grönbech[18]) bestätigt. Der letztere fand in 192 Fällen von Hyperplasie der Rachentonsille 24 mal also in 13 Proc. der Fälle Enuresis. In 12 Fällen hörte dieselbe nach der Operation auf. Noch beweisender aber sind die Fälle, bei denen mit der Beseitigung der Nasenstenose Enuresis verschwand, um sich mit der Zuschwellung der Nase wieder einzustellen.

---

[7]) Börner, Das Alpdrücken, seine Begründung und Verhinderung. 1853.

[8]) Key und Regius, Studien in der Anatomie des Nervensystems und des Bindegewebes. 1875/76.

[9]) Flatau, Ueber den Zusammenhang der nasalen Lymphbahnen mit dem Subarachnoidealraum. Deutsche med. Wochenschr., No. 44, 1890.

[10]) Bresgen, Der Kopfschmerz bei Nasen- und Rachenleiden. Münchener med. Wochenschrift, No. 5, 1893.

[11]) Scheinmann, Habitueller Kopfschmerz als Hauptsymptom verschiedener Nasenleiden. Berliner klin. Wochenschrift, No. 49, 1893.

[12]) Guye, Weitere Mittheilungen zur Aprosexie als Folge von nasalen Störungen. Deutsche med. Wochenschrift, No. 40, 1888.

[13]) Kafemann, Schuluntersuchungen der kindlichen Nase und des Nasenrachenraums, mit besonderer Berücksichtigung der Tonsilla phar. und der Aprosexia nasalis. 1890.

[14]) Ziem, Ueber partielle und totale Verlegung der Nase. Monatsschrift für Ohrenheilkunde etc., 1879.

[15]) Körner, Centralblatt für klin. Medicin, No. 23, 1891.

[16]) Schmaltz, Centralblatt für klin. Medicin, No. 23, 1891.

[17]) Halbeis, Die adenoiden Vegetationen des Nasenrachenraums bei Kindern und Erwachsenen. 1892.

[18]) Grönbech, Ueber das Verhältniss zwischen Enuresis nocturna und adenoiden Vegetationen im Nasenrachenraum. Archiv für Lar. und Rhinologie, II. Bd., 2. H., S. 214, 1894.

Die Therapie der Mundathmung zu besprechen, ist unmöglich, ich müsste Ihnen denn eine Reihe von Vorträgen über die Behandlung der Krankheiten der Nase und des Nasenrachenraumes halten. Das Hauptziel der Behandlung muss natürlich sein, durch Wegräumung der Hindernisse die Nase für die Athmung wieder freizumachen. Dass hiedurch allein schon die meisten der früher geschilderten Beschwerden von selbst verschwinden, sehen wir ja täglich. Selbstverständlich erfordern Krankheiten des Ohres eine eigne Nachbehandlung, ebenso müssen Fehler der Articulation durch fortgesetzte Uebungen und schwere Sprachfehler durch methodischen Unterricht beseitigt werden.

Höchst segensreich wirkt die Prophylaxe, resp. die Aufklärung weiterer Kreise, der Aerzte, Lehrer und Eltern über die grosse Bedeutung der Nasenathmung. Das Verlangen von Bresgen[19]), die Ministerien des Unterrichtes sollten die Lehrer anweisen, bei schlechtlernenden und zurückgebliebenen Kindern auf die vollkommen freie Durchgängigkeit beider Nasen zu achten und die Eltern zur Inanspruchnahme eines Specialarztes zu veranlassen, ist zwar vom rein humanen Standpunkte aus durchaus gerechtfertigt, scheint mir aber praktisch doch etwas zu weit zu gehen, abgesehen davon, dass ein derartiges Vorgehen der Behörden einer Propaganda für die Specialärzte sehr ähnlich sehen würde.

Zur Lehre und Casuistik der Missbildungen.

Von Dr. *Hartmann*, bez. Stellvertreter in Heidenheim a. H.

Unter der grossen Zahl von casuistischen Mittheilungen auf allen klinischen Gebieten, die alljährlich die medicinischen Journale füllen, nimmt die Veröffentlichung über Beobachtungen aus dem Gebiete der Missbildungen eine bescheidene Stelle ein. Es kommt dies wohl daher, einmal, dass dieselben immerhin nicht besonders häufig sind (1 : 500, nach Anderen etwas häufiger), dann dass ein grosser Theil im embryonalen oder fötalen Zustand geboren und desshalb, weil ganz klein, übersehen, oder auch, da solche kein praktisches Interesse bieten, keiner näheren Betrachtung werth gehalten werden; denn das wissenschaftliche Interesse an solchen scheint etwas abgenommen zu haben, da Neues vorläufig auf diesem Felde kaum mehr vorzubringen ist (indem hier erst weitere Fortschritte und Vorarbeiten auf dem Gebiete der normalen Entwickelungsgeschichte nöthig wären). Nur die seltenere Zahl derer, die als reife oder nahezu reife, lebensfähige Früchte auch das Interesse des Praktikers, besonders des Geburtshelfers hervorrufen, vermag ausser der wissenschaftlichen Seite auch erhöhte praktische Beachtung zu beanspruchen. Nachstehend möge eine in dieser letzteren Hinsicht bemerkenswerthe Beobachtung, die mir vor einigen Monaten vorkam, näher geschildert werden.

A. E., mittelgrosse, ziemlich kräftige Frau, 28 Jahre alt, III p., befindet sich seit 24 Stunden in der Geburtsthätigkeit begriffen.

Anamnestisch ist anzuführen, dass dieselbe eine sehr angestrengte Jugend durchgemacht hat, jedoch keine besonderen Krankheiten; insbesondere sind keine Zeichen von früherer Rhachitis bei ihr zu finden. Vor 5 Jahren normale Entbindung von einem gesunden, ausgetragenen Kinde (noch am Leben). Vor 2 Jahren künstliche Entbindung (wegen Querlage) durch mich von einem ausgetragenen, lebenden Kinde. Obwohl sie diesmal schon längere Zeit starke Wehen hatte, wurde die Hebamme (entfernt wohnend) erst vor 2 Stunden gerufen; dieselbe hörte, dass das Wasser schon vor 8 Stunden abgeflossen, fand bei der Untersuchung abnorme Verhältnisse und liess sofort mich holen. Ich fand bei meiner Ankunft die Frau im Bette liegend, heftig klagend und jammernd; Puls etwas rasch (90), gespannt, Temper. 37,2; heftige, tetanusartige Wehen (aber noch keine Zeichen von drohender Uterusruptur). Die äussere Untersuchung ist wegen der Krampfwehen nur schwer möglich: Herztöne in der Linea alba, wenn auch etwas schwach, zu hören. Dies, die Configuration des Uterus und die Angaben der Hebamme, dass eine Hand vorliege, deuten auf Querlage. Bei der inneren Untersuchung zeigt sich die Conj. vera wenig verengt (9,5 cm; plattes Becken). Gleich am Eingang der Scheide trifft die untersuchende Hand auf eine vorgefallene obere Extremität; die Hand derselben ist bläulich, etwas angeschwollen und macht Greifbewegungen; ferner mässiger Abgang von Kindspech. Bei weiterem Vordringen mit der Hand zeigt sich der Muttermund völlig verstrichen und ausgefüllt mit einer grossen, stark gespannten Blase, die nach vorn und seitlich in die vorliegende Nabelschnur übergeht. Diese Blase präsentirt sich bei näherer Untersuchung als kolossale, hernienartige Erweiterung des Bauches der Frucht. Vom Bauch aus gelangt man nun nach rechts an die Rippen und in die Nähe der Achselhöhle. Der Kopf liegt in der rechten Beckenhälfte, Bauch nach vorn: II. Querlage, 2. Unterart (volle Bauchlage). Nabel- oder Nabelschnurbruch. Es wird nun Aethernarkose eingeleitet[1]), die Frau auf das Querbett gebracht, Füsse herabhängend — sorgfältigste Desinfection war natürlich schon vorausgegangen —, mit der rechten Hand eingegangen, und an der prall gespannten Blase vorbeizudringen gesucht, was nicht gelingt; dieselbe wird nun gesprengt, worauf sofort Eingeweide hervordringen; nun gelingt es, zum unteren Fuss zu gelangen, der herabgeholt wird; die Wendung war aber noch nicht möglich; nun Wiedereingehen und Herabholen des 2. Fusses, jetzt gelingt die Wendung, jedoch nur sehr schwer, und die daran sich anschliessende Extraction macht kolossale Schwierigkeiten; erst nach einhalbstündigem „heissen Bemühen“ geht mit einem plötzlichen Ruck der Steiss durch's knöcherne Becken: sogleich kommen nun 2 Steisse und 4 untere Extremitäten zum Vorschein. Die Lösung der Arme und Extraction des Kopfes macht keine Schwierigkeiten. Placenta (eine) -Lösung geht leicht vor sich. Wochenbettverlauf völlig normal. — Die ebengeborene Frucht war, wie das ganz frische Aussehen derselben zeigte, während der künstlichen Entbindung abgestorben, — offenbar in Folge Sprengens der Nabelhernie. Diese war übrigens ein Glück für die Mutter, sie ersetzte hier die zu früh gesprungene Fruchtblase. Ohne sie wäre der Muttermund zweifellos eng geblieben, und es wäre so für mich und besonders für die Mutter eine sehr unheimliche Situation erwachsen. — Das entwickelte Kind präsentirte sich also als Doppelmonstrum, und zwar als Kephalothorakopagus. Das eine Kind 46 cm lang, nahezu ganz ausgetragen; äussere Genitalien (weiblich), Nägel, Haare etc. ganz entwickelt (die Mutter rechnete die Entbindung als 3—4 Wochen verfrüht). Eine zweite, mit der vorigen verwachsene Frucht ist 36 cm lang. Im Uebrigen zeigte das Monstrum (s. Abbildung) folgende interessante Details:

Vorderansicht. Stelle der vorderen seitlichen Verschmelzung. Nur die eine obere Extremität des Autositen sichtbar.

Rückansicht des Parasiten mit seinen beiden oberen und den verschmolzenen unteren Extremitäten.

Die 2 ursprünglich in einem Amnion (einem Fruchthof) angelegten Wirbelachsen (primäre falsche Anlage) zeigen hier, der Länge nach betrachtet, winklige Neigung zu einander und zwar oben Aneinanderlagerung, Verschmelzung (obere seitliche Verschmelzung, mehr nach vorn), untere Doppelbildung. Die beiden Köpfe sind fast ganz zu einem verschmolzen; die beiden inneren Augen und Ohren „aufgesaugt“, nur vom einen inneren Ohr zeigt sich am Hinterkopf (Nacken) die rudimentäre Ohrmuschel; Nase, Mund, Augen einfach vorhanden wie an einem normalen Kopf, aber 2 Ossa basil.; ein Brustkorb mit

[19]) Bresgen, Ueber die Bedeutung behinderter Nasenathmung bei Schulkindern. 1890. — 2 Schriftstücke über die Bedeutung behinderter Nasenathmung, gerichtet an das preussische Unterrichtsministerium. Deutsche med. Wochenschrift, No. 9, 1889.

[1]) Diese Narkose scheint mir nach mehrfachen Erfahrungen geradezu das Ideal einer Narkose für den praktischen Arzt auf dem Lande zu sein, wo man so häufig ohne gute Assistenz operiren muss, wegen ihrer Ungefährlichkeit, — nach der Methode des „Einschleichens“ und mit geeigneter Maske vorgenommen, und mit strengem Ausschluss aller für sie nicht geeigneten Fälle.

2 Lungen und 1 ganz normalem Herzen — aus 2 Thorax vorn (und etwas seitlich) verschmolzen; daher 4 Schulterblätter mit je 1 völlig ausgebildeter, also 4 oberen Extremitäten. Unterhalb des Zwerchfells Trennung der beiden Körper: der eine, wohl ausgebildete (Autosit) hat vollständige Bauchhöhle mit 3 Nieren, wohl entwickelten weiblichen Genitalien, Magen- und Darmtractus einfach; dieser, mit kolossaler Leber, liegt ganz in dem schon erwähnten Nabelschnurbruch. Bei dem kleineren (Parasit) folgt auf die (gemeinsame) Brusthöhle gleich das verkümmerte Becken; an die Haut dieser Gegend inseriren sich die Bauchdecken des Autositen; derselbe ist, wie schon bemerkt, im Uebrigen wohl ausgebildet, während der Parasit missbildetes Becken (Verschmelzung) und dementsprechend verschmolzene untere Extremitäten (mit sämmtlichen Knochen) von fischflossenähnlichem Aussehen zeigt, mit je 5 Zehen an jeder Flosse: Sympodie, Sirenenbildung; auch finden sich an demselben warzenförmige Gebilde in der Gegend der fehlenden Genitalien. Ferner zeigt das Monstrum Atresie der Pupillen, dann die schon erwähnte Spalt- (Hemmungs-) bildung der Bauchdecken; die Nabelstrangscheide deckt die mangelnde Bauchwand (die sich eben nur theilweise geschlossen hat) als ganz dünne, durchsichtige Lamelle (Nabelschnurbruch). Die Missbildung zeigt also ungleichmässige Entwickelung: der eine Körper ist gut entwickelt (Autosit), der andere mangelhaft (Parasit).

Die Entbindung ging hier schwierig vor sich, wie dies eben bei dieser Art von Doppelmissbildung zu erwarten war. Da nämlich ein höherer Grad von Verdoppelung vorlag und die Frucht nahezu ausgetragen war, überdies eine leichte Beckenanomalie bei der Mutter vorlag, so musste unbedingt eine Verkleinerung der Frucht stattfinden. Diese Verkleinerung geschah durch die in diesem Falle sehr leicht vorzunehmende Eventration; ohne sie wäre die Entbindung unmöglich gewesen, ja selbst dann war dieselbe noch sehr schwierig, und eine weitere Verkleinerung (etwa Decapitat.) der Frucht wäre fast noch nothwendig geworden. Die einzige Schwierigkeit machten hier die beiden getrennten Rümpfe, die so eng zusammenhingen, dass sie keine wesentliche Verschiebung gestatteten, vielmehr wie ein einziger sich verhielten. Beckenumfang 35 cm, Kopfumfang 34 cm, Gewicht der Frucht etwas über 5 Pfund.[2]) Eine genaue Diagnose der Missbildung war nach der Lage derselben (Parasit oberhalb des Autositen) und bei der tetanischen Uteruscontraction nicht möglich, — aber auch nicht nothwendig. Doch liess mich der Nabelschnurbruch, dann die grosse Schwierigkeit bei der Wendung an eine solche denken. Die 4 ähnlichen in der Literatur verzeichneten Fälle (nach einer Zusammenstellung und Beschreibung derselben von G. Veit in Bonn, 1878) machten mit Ausnahme eines einzigen, der auch eine nahezu ausgetragene Frucht betraf und eine sehr schwere künstliche Entbindung nothwendig machte, nur geringe Schwierigkeiten bei der Geburt, da es sich um lauter Früchte im 6. bis 7. Monat handelte, die theils spontan, theils durch geringe Nachhilfe zur Welt gebracht wurden. Im Ganzen kann hier als Regel gelten, dass bei geringerem Grad von Verdoppelung derartige Früchte einfach durch Extraction mit der Hand oder Zange, bei höherem durch Verkleinerung des Umfanges derselben zu Tage gefördert werden müssen. —

Interessant ist es noch, einen kurzen Blick auf die Ursachen dieser und ähnlicher Missbildungen zu werfen. Die alten Griechen[3]), durch Feinheit und Genauigkeit in der Naturbeobachtung von keiner späteren Zeit übertroffen, verlegten die Ursachen der Missbildungen in die Keime (Samen und Menstrualblut): innere Ursachen; geringe Grade erklärten sie sich durch accidentelle, äussere Einwirkungen. Die römische Zeit (Claudius Galenus „de formatione foetus“ etc.) beschränkte sich auf die Reproduction der griechischen Anschauungen, ebenso das ganze Mittelalter, die Zeit des grossen Völkerschlafs (Prantl), bis weit hinein in's 17. Jahrhundert. In diesen Zeiträumen ist sehr viel über Missbildungen geschrieben worden, riesige Bände mit einer Unmasse ungeheuerlicher Abbildungen, wahre literarische Monstra. Die alten Anschauungen über Monstra werden theilweise in verstümmelter Form wiedergegeben, in der Hauptsache aber wird ihre Entstehung direct und allein dem Teufel zugeschrieben.[4]) Einzig Harvey, der geniale Schöpfer der Epigenese, der zum ersten Mal die allmähliche Entwicklung im bebrüteten Hühnerei studirte, machte eine rühmliche Ausnahme, wenn er auch in einer Zeit, in der allenthalben die tollsten abergläubischen Vorstellungen herrschten, einstweilen keine weitere Wirkung zu erzielen vermochte. Mit dem Beginn des 18. Jahrhunderts kam zunächst die Evolutionstheorie zur Herrschaft (Littré, Winslow, Haller A. v. etc.), d. h. es wurde der Embryo als präformirt im Ei angenommen und der männliche Samen bekam nur die Rolle des Erweckers; auch Monstra galten demnach als präformirt, und nur geringere Abnormitäten wurden als durch äussere Ursachen, die auf den normalen Embryo einwirkten, hervorgerufen betrachtet. Dann kam die Theorie der Spermatiker (v. Hamm, Leuwenhoek, Prévost und Dumas etc.): Im männlichen Samen liegt alles präformirt und im Ei findet nur die Ausbildung statt. Anno 1772 trat C. F. Wolff mit seiner Lehre von der Epigenese auf, nachdem schon 1724 Leméry vergeblich ähnliche Anschauungen verkündet hatte. Wolff schlossen sich dann Blumenbach und Andere an, wodurch allmählich die Lehre von der Evolution, die Haller durch sein allmächtiges Wort „Es gibt kein Werden“ ein halbes Jahrhundert lang unterdrückt hatte, verschwand. In demselben Sinne wie Wolff lehrten Soemmering (1791), Treviranus (1806), Meckel (1812), Tiedemann (1813), E. v. Baer (1828), Isid. Geoffroy St. Hilaire (1832), Andral (1835), v. Bischoff (1848), Davaine (1870) und in neuerer Zeit Förster, Ahlfeld, Claudius, Panum etc. Nach ihnen werden einmal innere Ursachen (abnorme oder krankhafte Beschaffenheit von Samen und Ei etc. etc.) angenommen; dahin gehören alle „Fehler der ersten Anlage“, also alle Doppelmissbildungen. Ein Theil der Genannten meint nun, dass die erste Anlage sich durch ungewöhnliche Energie in der „bildenden Kraft“ in zwei spalte; der Andere nimmt an, dass schon ursprünglich zwei Anlagen neben einander vorhanden und bei der gleichartigen Lagerung bei der allmählichen Entwicklung ineinander verwachsen. Auch die im embryonalen und fötalen Leben entstehenden Hemmungsbildungen (Stehenbleiben auf einer gewissen Stufe der Entwicklung) und die übrigen zahlreichen Abnormitäten beruhen, besonders erstere, zumeist auf solchen inneren Ursachen. Ein Theil aber von ihnen, besonders die im späteren fötalen Leben entstehenden, muss auf äussere Ursachen zurückgeführt werden: zu wenig Fruchtwasser, abnormer Druck, Erschütterungen etc. etc.; so hat besonders Isid. Geoffroy St. Hilaire durch Schütteln von Fischeiern und Verletzung von frisch bebrüteten Hühnereiern diverse Missbildungen erzeugen können.

Im Ganzen ergibt sich aus diesem kurzen Ueberblick, dass die alten Griechen im Wesentlichen schon dieselben Anschauungen über die Ursachen der Missbildungen hatten wie die Neuzeit; nach Jahrtausenden ist also hier kein Fortschritt zu constatiren. Eigentlich weiss man also über die Entstehung der Monstra ganz merkwürdig wenig. Eine eigentliche Erklärung wäre hier erst möglich, wenn einmal die Ursachen der normalen Entwicklung der Organismen bekannt wären. Zwei Anschauungen, nach welchen diese Erkenntniss gewonnen werden könnte, stehen sich da gegenüber. Einmal die vitalistische Lehre. Nach ihr sind die Lebenserscheinungen ein vollkommenes Räthsel, zu dessen Lösung noch nicht der erste Schritt gethan ist. In der kleinsten Zelle liegen schon alle Räthsel des Lebens. Auch die äusserst complicirten Verhältnisse, die in der Neuzeit im Bau des Zellkernes etc. gefunden wurden, haben in den principiellen Fragen nichts aufgehellt, im Gegentheil neue Fragen und Räthsel aufgegeben: Wie sind diese complicirten Verhältnisse entstanden? Nach ihr gelingt es nur durch den „inneren Sinn“, der in uns ist, zu einer Erkenntniss des organischen Lebens zu gelangen.[5]) — Dieser gegenüber steht die mechanistische Anschauung,[6]) die das

[2]) Die Maasse stammen von der Monate lang in Alkohol aufbewahrten Frucht mit eröffneter Bauch- und Brusthöhle, und dürften daher gegenüber dem frischen Zustand etwas niedriger sein.

[3]) Hippokrates „de genitura“, Aristoteles „de generation. animal.“ c. III. IV.

[4]) Lykosthenes „Ostentorum Chronicon“ 1557. L. Lemnius „de occultis nat. miracul.“ 1573. Sorbinus „Tractat. de monstris“ 1570. Fort. Licetus „de monstris“ 1665; und Andere.

[5]) Bunge, Physiologische Chemie.

[6]) Du Bois-Reymond, Ueber Neovitalismus. Rede 1894; D. Rundschau.

Leben durch die bekannten chemischen und physikalischen Kräfte erklärt: Das Leben ist der Stoffwechsel, der das dynamische Gleichgewicht im Individuum erhält. Wenn man sagt, dass die organische Natur unbegreiflich sei, so gilt dies auch für eine Menge Stoffe und Kräfte der anorganischen Natur (Schwere etc.). Dass die Elemente, aus denen die Zelle besteht (C, H, N, P etc.), ausserhalb derselben andere Kräfte besitzen sollen als in ihr, dafür ist nicht der geringste Beweis erbracht. Der mechanistischen Auffassung entspricht es auch, dass jetzt die Entwicklungsgeschichte aus einer beschreibenden eine experimentelle Disciplin (die Entwicklungsmechanik) geworden ist, die bereits sehr schöne Erfolge aufzuweisen hat. Es ist wohl kein Zweifel, dass diese mechanistische Auffassung, der die meisten Forscher gegenwärtig anhängen, gegenüber dem wiederauftauchenden Neovitalismus, der mit seinem mystischen Aufputz eine Rückkehr in vergangene Zeiten bedeuten würde, die Zukunft für sich hat, und auch in die Aetiologie der Missbildungen einst Licht bringen wird.

Noch eine seit Jahrtausenden festgehaltene und bis auf den heutigen Tag viel geglaubte Ursache ist zu erwähnen: Das Versehen der Schwangeren[7]). Auch im vorliegenden Fall gibt die Frau an, durch einen Schrecken zu dem Unglück gekommen zu sein (sie will im Walde neugeborene Rehe von ähnlichem abnormem Aussehen erblickt haben). Die alten Griechen und Römer glaubten wohl alle an das „Versehen" (Hippokrates, Plinius, Terentius etc. etc.), ebenso das ganze Mittelalter, bis in die neueste Zeit herein (Perty etc. etc.). Seit mehr als einem halben Jahrhundert ist es aber von der eigentlichen Wissenschaft als Köhlerglaube bei Seite geschoben durch die bekannten triftigen Gründe. Nach den neuen Erfahrungen der Suggestion, ferner nach der Neurenlehre dürfte es wohl nicht unangezeigt sein, diesem „Glauben" wieder durch genauere Beobachtungen näher zu treten, ob nicht vielleicht demselben doch — natürlich mit gehöriger Einschränkung — ein Kern von Wahrheit zu Grunde läge.

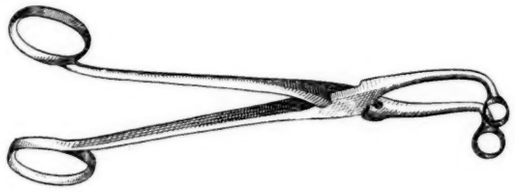
Ein Instrument zur Behandlung gewisser Formen hypertrophischer Tonsillen.

Von Dr. *Kretschmann.*

Die zur Ausrottung hypertrophischer Tonsillen vorzugsweise gebrauchten Instrumente sind das Tonsillotom in seinen verschiedenen Formen, das Knopfmesser nebst Haken oder Hakenzange und die von M. Schmidt (Die Krankheiten der oberen Luftwege, 1894, S. 228) warm empfohlene galvanokaustische Schlinge. Die Anwendung aller dieser Instrumente hat zur Voraussetzung ein Ueberragen der Mandel über die freien Ränder der Gaumenbögen. Wohl lassen sich auch noch eine Anzahl solcher Tonsillen, welche hinter den Gaumenbögen verborgen liegen, vermittelst der Hakenzange aus ihrer Nische hervorziehen und mit dem Knopfmesser abtrennen, aber noch bleibt eine ganze Reihe übrig, wo auch dieses Verfahren im Stich lässt. Es sind die Fälle, in denen die Mandeln mit den Gaumenbögen verwachsen sind, oder in denen das Gewebe so weich und brüchig ist, dass die fassende Hakenzange jedesmal ausreisst. Derartige Hypertrophien hat man beseitigt dadurch, dass man das Gewebe durch mehrfache Stichelung mit dem Galvanokauter zur Verödung und Schrumpfung brachte. Leider ist das Verfahren etwas umständlich, weil es gewöhnlich eine Reihe von Sitzungen erfordert, um ein gutes Resultat zu erreichen. Auch die dem Brennen folgende Reaction ist oft nicht unerheblich und übertrifft bei weitem die durch schneidende Instrumente hervorgerufene. Diese Nachtheile eines sonst wirksamen Verfahrens mögen es nicht in letzter Linie gewesen sein, welche Hartmann (Deutsche med. Wochenschrift 1894, No. 27, S. 571) veranlasst haben, ein Instrument zu construiren, mit dem sich die Tonsillarsubstanz eventuell stückweise aus der Nische der Gaumenbögen entfernen lässt. Den gleichen Zweck verfolgte ich mit nebenstehendem Instrument, das mir seit nahezu Jahresfrist gute Dienste geleistet hat. Die Form desselben ist der Jurasz'schen Zange für Entfernung adenoider Vegetationen entlehnt, nur dass an Stelle der aufeinanderbeissenden gefensterten Backen derselben zwei ineinandergreifende runde scharfe Ringe nach Art der an der Krause'schen Doppelcürette für Kehlkopfpolypen befindlichen gekommen sind. Das Instrument wird auf der Kante eingeführt und geöffnet, so dass der grössere oder Aussenring an den unteren, der Innenring an den oberen Rand der Mandel zu liegen kommt, etwas in die Nische der Gaumenbögen gedrückt und kräftig geschlossen. Sollte das gefasste Stück nicht völlig gelöst sein, was bei guter Schärfe der Ringe nicht vorkommt, so lassen sich die haltenden dünnen Stränge leicht mit dem Finger der freien Hand trennen.

Die Blutung ist eine geringe und ermöglicht eine hinreichende Uebersicht, um zu beurtheilen, ob genügend Tonsillarsubstanz entfernt ist, oder ob durch erneutes Eingehen noch mehr entfernt werden muss. Auch zur Beseitigung von Mandelresten, wie sie gelegentlich besonders häufig z. B. der untere Fortsatz nach der Tonsillotomie zurückbleiben, erweist sich das beschriebene Instrument als vortheilhaft.

Ich benütze für jede Seite ein besonderes Instrument. Das abgebildete würde das für die linke Seite bestimmte darstellen.



Die der Operation folgenden Beschwerden sind nicht grösser, als die nach den gewöhnlichen Tonsillotomien.

Angefertigt wird das Instrument bei H. Pfau, Berlin N.W., Dorotheenstr. 67.

[7]) v. Bischoff in Wagner's Handwörterbuch der Physiologie.

Ueber einen mit Behring'schem Heilserum behandelten Fall von diphtheritischer Larynxstenose.

Von Dr. *E. Simon* in Merzig a. d. Saar.

In No. 1 dieser Wochenschrift knüpften die Herren Achtner und Schnabel im Anschluss an die Mittheilung eines mit Heilserum behandelten Falles die Schlussbemerkung, dass man bei Anwendung des Heilserums bei verweigerter Tracheotomie resp. Intubation die Prognose selbst bei hochgradiger Larynxstenose nicht ungünstig stellen dürfe.

Ich bin nun in der Lage, diesen Satz vollauf bestätigen zu können, und erlaube mir als Beleg dafür den von mir beobachteten Fall in Folgendem mitzutheilen.

Am 15. l. d. Js. wurde ich nach dem 1 Stunde von hier entfernten Dorfe B. zu dem 19monatlichen Knaben E. S. gerufen. Bei meiner Ankunft Vormittags 10½ Uhr fand ich ein für sein Alter gut entwickeltes Kind vor, welches angestrengt und keuchend athmete. Die Athmungsfrequenz betrug 50 in der Minute; der Thorax wurde bei jeder Inspiration beträchtlich eingezogen; über der ganzen Lunge waren rauh-trockene Reibegeräusche zu vernehmen; die Stimme klanglos; auf beiden Mandeln ein schmutzig-weisser Belag von Pfenniggrösse.

Die Anamnese ergab, dass seit einigen Tagen Heiserkeit bestanden und seit dem vorhergehenden Abend sich die bedrohlichen Erscheinungen eingestellt und rasch zugenommen hatten. Ich verordnete, da Heilserum an diesem Tage nicht vorräthig war, Inhalationen von Kalkwasser und Sublimatlösung (1,0:5000), innerlich Kalkwasser, Vin. mal. und ein Ipecacuanhainfus.

15. I. Abends 6 Uhr. Der Zustand unverändert. Appetit geringer.

16. I. Vormittags 11 Uhr. Hochgradige Einziehungen des Thorax. Respirationsfrequenz 72, Puls 160; lautes stridoröses Athmen. Lippen blasscyanotisch. Zeitweise Benommenheit. Belag auf den Mandeln wie Tags vorher. Die von mir vorgeschlagene Tracheotomie wird entschieden verweigert. Ich verliess den Knaben ohne eine andere Erwartung, als dass der Tod den traurigen Zustand beenden würde. Unterdessen war Nachmittags eine Sendung Behring'schen Heil-

serums hier eingetroffen, und ich machte mich eilends auf den Weg, um als letztes Mittel das Antitoxin zu versuchen.

16. I. Nachmittags 5 Uhr. Alle Erscheinungen noch hochgradiger wie am Morgen entwickelt. Resp. 70—80. Puls kaum fühlbar. Venen des Halses treten strotzend hervor, Oedem des Gesichtes; Extremitäten kühl; starke Benommenheit.

Es wird unter antiseptischen Cautelen der Inhalt eines Fläschchens Antitoxin I injicirt und zwar 10 ccm in den linken, und der Rest, ca. 3 ccm, in den rechten Oberschenkel. Die übrige Therapie wird auf wenige Inhalationen von Kalkwasser beschränkt.

17. I. Mittags 12 Uhr. Benommenheit gewichen; Cyanose geringer. Puls 160, Athmungsfrequenz und Einziehungen des Thorax noch ebenso häufig und stark wie Tags vorher. Das Rasseln über den Lungen klingt loser und feuchter. Aphonie unverändert. Belag auf den Mandeln bis auf einzelne hirsengrosse Pfropfen verschwunden.

18. I. Athmung leichter, 48 in der Minute: weniger Rasseln; Einziehungen des Thorax etwas geringer. Belag auf den Mandeln wieder vergrössert; Appetit hat sich eingestellt. Puls 140.

19. I. Athmung, Puls und Rachenbelag wie Tags vorher; jedoch wenig Appetit und Theilnahme an der Umgebung. Es werden nochmals 10 ccm Antitoxin I in den rechten Oberschenkel injicirt.

20. I. Nachricht, dass das Kind bedeutend besser sei, während der Nacht ruhig geschlafen habe, spiele und mit grosser Lust esse.

21. I. Besuch Mittags 12 Uhr. Belag auf den Mandeln vollständig geschwunden; normale Athmung; Thorax wird nicht mehr eingezogen; wenig Geräusche über demselben zu hören. Heiserkeit noch vorhanden. Puls 120.

Die Besserung schreitet von nun ab ununterbrochen weiter, so dass noch in derselben Woche die Stimme wiederkehrte und der Knabe beständig ausser Bett sein konnte. Insbesondere verdient hervorgehoben zu werden, dass keinerlei Nebenwirkungen des Antitoxins (Hautausschläge, Gelenkschwellungen, Entzündung der Injectionsstellen) beobachtet wurden. Untersuchung auf Albuminurie konnte nicht vorgenommen werden, da der Harn in's Bett entleert wurde.

Dass in diesem Falle die günstige Wendung der Krankheit, die bereits zum asphyktischen Zustand gediehen war, der Einverleibung des Antitoxins zu verdanken ist, erscheint mir unzweifelhaft. Denn in bereits so vorgeschrittenem Stadium gehört die Genesung ohne Tracheotomie zu den äussersten Seltenheiten.

Desshalb erscheint die Anwendung des Mittels geradezu geboten in den Fällen, wo die Einwilligung zur Tracheotomie resp. Tubage nicht zu erlangen ist, oder wo dieselbe unter ungünstigen äusseren Verhältnissen ohne die so nöthige Garantie für zweckmässige und richtige Nachbehandlung auszuführen wäre, wie es z. B. häufig in der Landpraxis der Fall ist.

Beiträge zur Methodik der Salzsäurebestimmung.

Von *A. Schüle.*

Herr Osswald hat sich in No. 7 dieser Wochenschrift gegen den Schlusspassus meines Aufsatzes in No. 40 (1894) ausgesprochen. Obwohl die von dem Herrn Autor beigezogenen Citate mir nicht viel zu beweisen scheinen, sehe ich doch davon ab, an dieser Stelle die Discussion weiter zu führen und behalte mir vor, die ganze Frage anlässlich einer anderen Arbeit nochmals eingehend zu behandeln.

Feuilleton.

Krankenpflege und specifische Therapie.[1])

Von Dr. *Martin Mendelsohn,* Privatdocent an der Universität Berlin.

Gegenüber einer tiefgehenden Anschauung der Völker, welche allen Orten und allen Zeiten eigenthümlich anzugehören scheint, hat die medicinische Wissenschaft, wenigstens was ihre Anwendung im Leben und ihre thatsächlichen Leistungen anbetrifft, ihre Werthschätzung mit Mühe aufrecht zu erhalten und zu vertheidigen: der Anschauung gegenüber, alle Krankheiten müssten geheilt werden können, die Menschheit habe geradezu einen Anspruch darauf, von der Medicin eine solche, nie versagende Leistungsfähigkeit zu fordern. Und doch ist solch ein Anspruch nichts Anderes, als wollte man etwa von dem Astronomen verlangen, er solle nicht nur eine bestimmte Constellation des Mondes zur Erde voraussagen und berechnen, sondern auch eine hierdurch vielleicht eintretende Sturmfluth verhindern und abwenden. Denn den gleichen ewigen, ehernen, grossen Gesetzen, wie die Körper des Weltalls in ihren gewaltigen Bewegungen, gehorchen auch wir, auch nach ihnen müssen wir unseres Daseins Kreise vollenden, und das, was wir Krankheit zu nennen gewohnt sind, ist nichts Anderes, als der Widerhall der gesammten Einflüsse und Einwirkungen der uns umgebenden Natur auf den, jeder Beeinflussung zugänglichen menschlichen Organismus, der Widerhall von Einwirkungen, die wir nie und nimmer aus der Welt zu schaffen vermögen, denn sie umfassen eben die gesammte Natur; und wie unser ganzes Leben nichts Anderes ist, als ein „Sichabfinden" unseres Ich's mit seiner Umgebung, so sind die Epochen der Krankheit nur jene Perioden im Leben, wo dies dem Organismus nur schwer und nur mit Mühe gelingt. Und darum ist es eine naive und hinter der heutigen Weltanschauung weit zurückbleibende Auffassung des Begriffes der Krankheit, wenn man sich vorstellt, dass in der Natur, wie für jedes Gift ein Gegengift, wider jede Krankheit ein Kraut gewachsen sei, dass es gegen jede „Krankheit" ein „Mittel" geben müsse. Nur der Wunsch war hier der Vater des Gedankens, und der Wunsch nach so hohem, so unerreichbarem Ziel hat die besten Geister, welche die medicinische Wissenschaft aufzuweisen hat, immer und immer wieder getrieben, nach Mitteln gegen die Krankheiten zu suchen, specifischen Mitteln, welche die Krankheiten vernichteten. Aber niemals ist Einer mit solchem heissen Bemüh'n weiter von wahrer Heilkunst entfernt, als wenn er so mit gieriger Hand nach Schätzen gräbt und froh ist, wenn er Regenwürmer findet.

Um etwas bekämpfen und besiegen zu können, muss es ein Greifbares, ein Körperliches sein, ein reales Ding, gegen das man sich wenden kann; und so hat die Anschauung einer directen Bekämpfung einer Krankheit durch ein specifisches Mittel eine gar bedenkliche Hinneigung zu jener mystischen, einer vergangenen Zeit angehörenden Auffassung von den Krankheiten als körperlicher Wesen, die den Menschen befallen, als strafender Abgesandter der Götter, die man durch Opfer und Gebet versöhnen kann. Denn nur der Inhalt des körperlichen, wesenhaften Krankheitsbegriffes würde sich dann im Laufe der Jahrhunderte geändert haben; der Begriff der Krankheit selber wäre nach wie vor ein greifbares, materielles Etwas, das ausserhalb des menschlichen Organismus stände, ob es nun ein Abgesandter einer höheren Macht oder eine in der Luft umherfliegende Bakterie ist, die sich beide ganz nach ihrem Belieben im menschlichen Organismus niederlassen und dann natürlich auch durch entsprechende Mittel daraus wieder vertrieben werden könnten. Aber selbst bei den Infectionskrankheiten, deren Namen schon auf solch ein Eindringen einer fremden Schädlichkeit hinweist, ist diese doch nur ein einziges Glied in einer grossen Kette von Reizen und Reactionen, die an einem bestimmten Individuum zusammenwirken müssen, um zu einer Krankheit zu werden; und nichts wäre unwissenschaftlicher, als von diesem äusseren Agens allein den ganzen Krankheitsbegriff ableiten zu wollen und etwa mit einem bequemen Schema zu sagen: ubi Bacillus, ibi Cholera.

Krankheiten an sich gibt es überhaupt nicht, es gibt nur kranke Menschen; und auch so noch ist der Begriff Krankheit etwas durchaus Relatives, das allein nach der Individualität der einzelnen Personen zu beurtheilen ist. Wie es keine absolute Gesundheit gibt, so gibt es auch keine absolute Krankheit. Der lebende und handelnde Organismus des Menschen ist in eine Welt von Schädlichkeiten hineingesetzt, durch die er hindurch muss, mit denen er sich abzufinden hat; alles, aber auch alles, die Luft, die er athmet, der Trunk, den er geniesst, das Maass der Bewegung, die er vollführt, und die Ruhe, die ihm wird, alles, alles wirkt auf das feinstorganisirte und complicirteste Gebilde der Natur dauernd und doch in ewigem Wechsel ein, alles hinterlässt an ihm seinen Eindruck, alles beeinflusst den Ablauf seines Lebensprocesses: auf alles reagirt er. Wir haben uns gewöhnt, den Zustand, in welchem dieser Lebensprocess sich leidlich abspielt, in dem die Organe ordentlich functioniren, wo wir uns so eben behaglich fühlen und unsere Leistungsfähigkeit den Umfang hat, welchen wir nun einmal der einzelnen Persönlichkeit je nach ihrer Individualität als den normalen zurechnen, als Gesundheit zu bezeichnen; aber an keinem Tage erreichen diese Functionen den gleichen Grad, wie an einem anderen, und die verwirrende Vielheit der äusseren Einflüsse lässt auch die Leistungen, die Thätigkeit, das Functioniren des menschlichen Organismus täglich anders sich gestalten. So unsäglich fein ist die Einwirkung dieser äusseren Einflüsse, dass sie nicht einmal greifbarer Natur zu sein brauchen, um deutliche Folgewirkungen auszulösen, dass Gemüthsbewegungen, Stimmungen, psychische Eindrücke nicht nur eine Erhöhung oder Herabminderung der Leistungsfähigkeit, sondern auch directe körperliche Veränderungen und selbst Krankheitszustände im Gefolge haben können. In diesem ewigen Spiel und Gegenspiel der Kräfte, welche auf den Menschen in der Natur einwirken und auf die er wiederum reagirt, lässt sich von einer absoluten Gesundheit nicht sprechen; wir sind sicherlich zu Zeiten übergesund, fühlen uns wohler, sind leistungsfähiger als dem uns zukommenden durchschnittlichen Mittel entspricht, und ebenso sinkt der Ablauf unserer Functionen oft auch unter dieses Mittel, ohne gleich eine tiefste Stelle zu erreichen, wo wir dann uns als „unwohl" erachten, nicht jedoch von einer Krankheit befallen glauben. Die Curve unseres Lebens, deren höchste Spitze die vollste Gesundheit, deren tiefster Fall die schwere Krankheit ist, schwankt eben in stetem Wechsel auf und nieder.

Nun bringen es die Dinge der Welt mit sich, dass man solche minderen Störungen gering achtet; nur die ganz schweren Beeinträchtigungen in der normalen Arbeitsleistung des Organismus sind zu „Krankheiten" geworden. Eine Anzahl von Erscheinungen, welche gleichartig an verschiedenen Individuen bei erheblicheren Störungen

[1]) Antrittsrede, gehalten in der Aula der k. Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin am 1. Februar 1895.

in den Vordergrund der Aufmerksamkeit traten, sind zu diesem Behufe zu Krankheitsbildern zusammengefasst worden, ein Systematisiren und Einordnen, welches für eine spätere Erkenntniss zweifellos der erste Schritt sein muss. Aber man darf dabei niemals vergessen, dass in diesen Krankheitsbildern, von denen jedes eine bestimmte Summe klinischer Symptome enthält, ein Zusammenfassen von Erscheinungen vorgenommen worden ist, welche uns zwar auffällig und aussergewöhnlich genug erscheinen, um registrirt zu werden, die jedoch dadurch, dass sie in dem Krankheitsbilde gerade für unsere Sinne besonders hervortreten, noch durchaus nicht eben das Wesentliche in dem aussergewöhnlichen Vorgang, welcher sich da abspielt, zu sein brauchen. Denn die Krankheit ist nichts andres als der Anpassungsvorgang des Menschengeschlechts an die Schädlichkeiten der Umgebung im Kampfe um's Dasein, und gerade in ihr tritt das grosse Gesetz Darwin's an den höchstorganisirten, lebenden Wesen am greifbarsten in die Erscheinung. Was für einzelne, unseren Augen deutlich verfolgbare Verhältnisse der Vorgang der Acclimatisation ist, das ist für das ganze Menschengeschlecht die Gesammtheit der Krankheiten, in welchen die einzelnen Individuen entweder den Schädlichkeiten, welche sie umgeben, sich anpassen oder in den ohnmächtigen Versuchen hierzu erliegen. Und dieser Anpassungsvorgang geht mit einem so erhöhten und so angespannten Functioniren bestimmter Gruppen und Systeme des menschlichen Organismus einher, dass die auffälligen, die unsern Sinnen wahrnehmbaren unter diesen Erscheinungen uns als die Symptome der Krankheiten imponiren und zum eigentlichen Krankheitsbilde werden. Aber ebensowenig wie diese zufällig zu Tage tretenden Erscheinungen nun auch die gesammten hier überhaupt sich abspielenden Abweichungen von dem normalen Laufe der Dinge sind, ebensowenig dürfen sie gerade als die eigentlichen krankhaften Symptome angesehen werden, mit deren Beseitigung etwa auch eine Beseitigung der Störung erzielt würde. Alles das, was als Symptome in dem Krankheitsbilde in den Vordergrund tritt, ist nur die veränderte Arbeitsleistung des Organismus, eine Steigerung oder eine Herabsetzung seines natürlichen Functionirens in dem Bestreben, sich der Schädlichkeit anzupassen; und so ist der Begriff der Krankheit durchaus ein rein functioneller, nicht nur der eines Lebens unter veränderten Bedingungen, sondern der eines Bestrebens, sich den veränderten Bedingungen anzupassen. Nie und nimmer kann allein die eine oder andere äussere Schädlichkeit den Begriff der Krankheit ganz für sich ausmachen, und ebensowenig sind es etwa die anatomischen Veränderungen, welche hinterher als Residuen des Krankheitsprocesses auf dem Leichentisch gefunden werden, aus denen sich das Wesen der Krankheit allein zusammensetzt. Die Krankheit ist vielmehr in jedem einzelnen Falle das erhöhte, veränderte, abgelenkte Functioniren des Organismus in seinem Bestreben einer Anpassung an die äusseren Reize, gleichviel, ob merkbare anatomische Veränderungen nebenhergehen oder nicht; sie hängt ihrem Wesen und ihrer Schwere nach immer nur von der Anpassungsfähigkeit des einzelnen Organismus ab, von dem Umfange, in welchem dieser seine Lebensvorgänge der Schädlichkeit entsprechend zu reguliren vermag, mit einem Worte: lediglich von Eigenschaften, welche in dem erkrankten Organismus selber liegen, welche ihm eigenthümlich, von ihm unzertrennlich sind.

Und in dieses verwickelte Spiel der Kräfte wirksam und nach ihrem Willen eingreifen zu können, verspricht sich jene specifische Therapie, die alle die vielfachen Einflüsse und Reize, die dem Kranken aus seinem Milieu erwachsen, alle die verschiedenartigen Reactions- und Anpassungsmöglichkeiten, die ein jedes Individuum in anderem Maasse besitzt, geringachten und vernachlässigen zu können glaubt, und nur gegen einen, allerdings den letzten und augenfälligsten der einwirkenden Einflüsse, meint ankämpfen zu müssen. „Contra vim mortis non medicamen in hortis"; ein bestimmtes „Mittel" gegen eine bestimmte „Krankheit" gibt es nicht und kann es nicht geben. Wo eine Therapie nicht an den natürlichen Kräften des Organismus ansetzt, wo sie nicht stets vor Augen hat, dass das, was wir als Krankheit vor uns sehen, nicht in erster Linie von der Stärke der eindringenden Schädlichkeit, sondern von der Schwäche des angegriffenen Organismus abhängt, da muss sie mit unerbittlicher Nothwendigkeit Schiffbruch leiden. Denn der Grad der Erkrankung hängt von dem Grade der in jedem Falle vorhandenen Schwächung der natürlichen Schutzkräfte des Organismus ab; und es ist der gleiche Vorgang, ob eine tödtliche Dosis Arsenik das eine Mal an einem gewohnheitsmässigen Arsenikesser, dessen Organismus der Schädlichkeit bereits ganz angepasst ist, völlig symptomlos abprallt, das andere Mal eine Person sofort zum Tode bringt; oder ob bei dem epidemischen Auftreten einer Seuche, wo alle Menschen den Giftkeim gleichzeitig in sich aufnehmen, die Einen, weil sie eben gerade über die entsprechenden Schutzkräfte verfügen, ihn ohne Weiteres eliminiren, die Andern dies nur unter der höchsten Arbeitsleistung derjenigen Functionen thun können, welche im gegebenen Falle einen Ausgleich herbeizuführen vermögen, eine Steigerung der Functionen, die eben als Erkrankung sich darthut, und die Dritten, nicht zu einer genügenden und ausreichenden Reaction fähigen, der Schädlichkeit erliegen. Immer ist der letzte und anscheinend einzige Reiz nur dasjenige Moment, welches den Krankheitsvorgang auslöst, das die Kräfte des Organismus anstösst, das Spiel der Abwehr und der Anpassung in dem Maasse und dem Umfang zu beginnen, dessen sie ihrer individuellen Natur nach fähig sind; und dieses Maass hängt, da wir alle das Product aus unserem überkommenen Erbtheil und den sämmtlichen uns treffenden Einflüssen unserer Umgebung sind, von diesen gesammten Einflüssen, nicht nur von dem letzten, den Vorgang unmittelbar auslösenden ab. Diese Verhältnisse lassen sich vielleicht zweckmässig mit denjenigen vergleichen, welche bei dem allgemein gekannten Vorgange des Wachsthums in Betracht kommen: in jedem thierischen Organismus, der noch in der Entwicklung begriffen ist, besitzen die einzelnen Bestandtheile, aus denen er sich zusammensetzt, die Fähigkeit, aus der eingeführten Nährsubstanz Stoffe festzuhalten und zu ihrem Aufbau zu verwenden, und zwar besitzen sie diese Fähigkeit in sehr verschiedenem aber bestimmten Maasse, verschieden nicht nur bei Gattung und Art, bei Beginn und Abschluss der Entwicklung, sondern auch ganz individuell, je nachdem Erbtheil oder ungünstige äussere Einwirkungen diese Fähigkeit der Wachsthumsaufnahme mehr oder weniger gestört haben. Wollte man hier bei einem Versuche zu einer günstigeren Wendung nur das eine Moment, welches bei dem Vorgang das äusserliche ist: die eingeführte Nahrung, im Auge behalten, so würde eine günstigere Gestaltung dieses, also vielleicht eine reichlichere oder geeignetere Nahrung, nur zum ganz geringen Theile eine Besserung herbeiführen; denn nicht darauf kommt es zunächst an, dass das Nahrungsmaterial in überreichlicher Menge vorhanden ist, sondern dass die nicht völlig leistungsfähige Zelle geneigt und befähigt wird, es zu assimiliren. Und ebenso kommt es, und zwar im gewissen Sinne gerade umgekehrt, bei dem Vorgange der Krankheit nicht sowohl darauf an, das eine äusserliche Agens lahm zu legen, als vielmehr den Organismus zu befähigen, der Schädlichkeit, die ihm die eigenen Lebensbedingungen streitig macht, Herr zu werden. Eine specifische Therapie, die in dem Falle des Wachsthumsbeispiels nichts weiter könnte, als mehr und besser zu essen zu geben, würde auch im günstigsten Falle nicht mehr leisten, als den einen schädlichen Reiz zu vernichten, ohne jedoch damit diejenigen Vorgänge veränderten Functionirens im Organismus in's Gleiche bringen zu können, zu deren Auslösung und Abwicklung dieser den Anstoss gegeben hat. Nun unterliegt es keinem Zweifel, dass dort, wo ein solcher Reiz fortdauernd und immer wieder von Neuem wirksam ist, bei den Infectionskrankheiten also, wo er von belebten und schnell sich vermehrenden Organismen auszugehen scheint, seine Beseitigung immerhin sehr viel werth sein muss. Aber wenn auch eines Tages einer von den ganz Grossen, die auf dem Wege nach Indien Amerika finden, käme, und uns Mittel an die Hand gäbe, welche auch innerhalb des menschlichen Körpers organisirte Krankheitskeime zu vernichten im Stande sind, damit allein würde die Medicin niemals über eine ausreichende Therapie verfügen. Und wie geringe sind die Aussichten solcher inneren Antisepsis überhaupt. Die menschliche Gewebszelle ist im Verhältniss zu der primitiven Zelle der Bacterie ein so fein organisirtes und subtiles Gebilde, dass a priori ein jedes Agens, welches auf diese schädigend einwirkt, in noch viel höherem Maasse und erheblich früher sie selber vernichten muss, auch wenn es einmal gelingen sollte, die Schwierigkeiten der grossen Verdünnung in der reichlichen Flüssigkeitsmasse des Körpers, der schnellen Elimination der eingeführten Substanz, der schweren Zugänglichkeit der Infectionskeime zu umgehen.

Nein, wo es hundertfache Wege gibt, die Gesundheit zu verlieren, muss auch mehr als einer beschritten werden können, sie wieder zu erlangen. Wenn die Erkrankung ein Ankämpfen des menschlichen Organismus ist gegen die auf ihn einstürmenden Schädlichkeiten, so müssen wir, wo diese Gegner sich nun einmal nicht aus der Welt schaffen lassen, wo die Abwehr der hundertfältigen äusseren Reize nicht in unserer Hand liegt, den menschlichen Organismus in diesem Kampfe so zu unterstützen suchen, dass er in die besten Bedingungen gebracht wird, ihn aufzunehmen und selber durchzuführen, dass wir sein Bestreben einer Anpassung an die Schädlichkeiten in möglichst weitem Maasse erleichtern und fördern. Zwar die grössten, die gewichtigsten unter diesen Einflüssen: den Mangel und den Hunger, die Ueberarbeitung und die leichte Möglichkeit zu verunglücken, ist unsere Zeit, in der das Gebet des Armen nun lautet: „unser Brod für morgen gieb uns heute", mehr und mehr zu verhüten und zu beseitigen bestrebt. Aber all die kleinen Nadelstiche des Lebens und seine Miseren, denen Keiner entgeht, die Sorge und der Kummer, die aufreibende Arbeit, die Ausschweifung und die Erschöpfung, die Erregungen des Ehrgeizes und der Liebe, der Arbeit und des Lasters, die Entbehrungen und alle, all' die vielen Dornen und Disteln, die das Menschengeschlecht auf dem Uebergange zur Ewigkeit an seinem Wege findet, wo hart im Raume stossen sich die Sachen, sie alle hinterlassen ihre Eindrücke an jeder einzelnen Persönlichkeit, sie alle bestimmen seine Widerstandsfähigkeit, — seine Disposition, wie wir jetzt sagen — den Ablauf seiner Functionen und seine Anpassungsfähigkeit an die Schädlichkeiten, und sie alle sind in ihren Folgewirkungen auf den Organismus da und sprechen mit, wenn dieser einmal von einer besonderen, letzten, augenfälligen Schädlichkeit so arg aus dem Gleichgewicht gebracht wird, dass wir das Krankheit nennen. Und alle diese Schädlichkeiten werden sein, solange das Menschengeschlecht sein wird und solange ein Kranker von der Medicin Hilfe heischt. Gegen die Krankheit ihm ein Mittel zu geben vermag sie nicht; aber einem einzelnen Kranken die Anpassung an seine veränderten Lebensbedingungen zu erleichtern und zu ermöglichen, das kann sie wohl. Und wenn jemand einen Herzfehler hat oder eine chronische Nierenentzündung, so kommt es nicht sowohl darauf an, die Herzklappen wieder ganz zu machen oder die Veränderungen im Nierengewebe zu beseitigen, sondern darauf, den ganzen Organismus des Kranken so zu beeinflussen, dass trotz seiner nicht intacten Klappen und trotz seiner Nierenläsion die

Functionen in ihm sich mit der grösstmöglichen Annäherung an die Norm abspielen. Das schöne, und vor Allem das einer jeden Anforderung an die medicinische Wissenschaft durchaus Genüge leistende Resultat solchen Bestrebens wird dann sein, dass der Kranke den gleichen Lebensgenuss und die gleiche Lebensfähigkeit, wenn möglich bis zum natürlichen Abschlusse des Daseins, beibehält, wie wenn seine Organe normal functionirten. Es wäre ja auch geradezu absurd, von einer specifischen Heilung der Herzklappenfehler oder der Nierenentzündungen zu sprechen; und die Infectionen bilden doch nur einen kleinen Theil aller Krankheiten.

Hier erwächst der Medicin die grosse und umfassende Aufgabe der Krankenpflege. Und weil sie eben keine Krankheiten kennt, sondern nur Kranke, hat sie, in jedem Falle immer wieder auf's Neue und immer wieder als ein neues Problem, zunächst die Arbeitsleistung und die Functionsfähigkeit des betreffenden Organismus und seiner einzelnen Theile festzustellen und kennen zu lernen, um einen klaren Einblick gerade in die abweichenden Leistungen und die aussergewöhnliche Thätigkeit dieses kranken Körpers zu gewinnen. Denn jeder Mensch, mag er nun gesund sein oder krank, ist in seinen Functionen das Product der sämmtlichen auf ihn einwirkenden Einflüsse seiner Umgebung, und krank ist er eben nur dann, wenn die ungünstigen Einflüsse bei ihm präponderiren. Der Krankenpflege entsteht daher als nächste Aufgabe die Pflicht, den Kranken aus seinem bisherigen Milieu herauszunehmen, dessen einzelne, einseitige Factoren sie nicht kennt, und ihn dafür unter Bedingungen zu bringen, welche, bis in die kleinsten Details der gesammten Lebensweise, bekannt und in ihrer Einwirkung auf ihn verfolgbar sind. Dann lässt sich ein klarer Einblick gewinnen, welche Functionen in zu angestrengtem, welche in zu lässigem Maasse arbeiten, und die Krankenpflege hat die Möglichkeit, hier einzusetzen, die allzu grosse Inanspruchnahme zu mildern, die herabgesetzten Leistungen wieder anzuregen, und zu diesem Zwecke ist ein jedes Mittel recht, welches überhaupt eine Einwirkung auf den menschlichen Organismus auszuüben vermag. Wenn das Wort irgend eine Geltung hat, so kann es die Krankenpflege sagen: „Je prends mon bien, où je le trouve." Alle Momente der Regelung von Körperbewegung und Ruhe, von Essen und Trinken, von Schlafen und Wachen, von psychischer Erregung und Fernhalten geistiger Anstrengung, all' die unzähligen, directen Einwirkungen auf den Organismus und seine einzelnen Theile, wie sie als Massage und Elektrotherapie bekannt sind, wie sie auf dem Wechsel des Klimas und dem Gebrauch von Bädern beruhen, alle die methodischen Uebungen des Körpers und seiner Organe, die quantitativen und qualitativen Aenderungen der Ernährung, alle die unzähligen Handhaben, die Natur und Welt und Wissenschaft und Kunst uns darbieten, sie alle sind in jedem Falle so nach dem einen einzigen Ziele anzuwenden, dass die in ihrem Gleichgewicht gestörten Functionen des Kranken wieder in Harmonie zu einander kommen, wieder die grösstmögliche Anpassung an die Schädigung erlangen. Das nennt man Individualisiren und es ist etwas gar so Neues nicht; und nur die unselige Sucht, Mittel zu finden gegen die Krankheiten, hat es wieder mehr in den Hintergrund treten lassen. Die individualisirende Krankenpflege ist es, auf der das Heil der Kranken beruht, die Erkenntniss, dass nicht eine vereinzelte Maassnahme, ein Medicament, ein Recept einen Kranken wiederherzustellen vermag, sondern nur die sorgfältige, andauernd durchgeführte Regelung aller seiner einzelnen Functionen. Es giebt eben keine Wunder, wenigstens in der Medicin nicht; hier ist alles lange, mühsame, geduldige, künstlerische Arbeit. Hier ist alles nur Functionsstörung und Regelung dieser Functionsstörung, und an jedem Kranken, an jeder Persönlichkeit ist diese eine andere. Und darum ist hier nichts so schädlich und so wirkungslos, wie ein Schema, ein von vornherein feststehender Heilplan, wie er in den sogenannten Curen seinen Ausdruck findet, die auch wieder nur gegen die Krankheit sich richten, gegen diejenigen auffälligen Erscheinungen, welche an einer ganzen Gruppe von Kranken das Gemeinsame, nicht aber das Wesentliche sind.

Von solch symptomatischer Behandlung ist die wissenschaftliche Krankenpflege fern; die Symptome sind ja, selbst in ihrer Gesammtheit, gar nicht die Krankheit. Wohl aber strebt sie eine Erleichterung und Beseitigung der miteinhergehenden quälenden Erscheinungen an, und damit erfüllt sie nicht nur eine humanitäre Verpflichtung, sondern sie trägt auch so wiederum direct zum Ausgleich des krankhaften Zustandes bei. Gerade, weil der so sensitive menschliche Organismus auf jeden Reiz, der ihn trifft, in seiner Weise reagirt, wird jeder quälende Eindruck am Körper wiederum zu einem neuen Reize und zur Quelle neuer Functionsänderungen. „Saluti et solatio aegrotorum" lautet die Inschrift am Wiener Allgemeinen Krankenhause; nicht nur zum Heilen der Kranken, auch zu ihrer Erleichterung ist die Medicin da, und gerade, dass sie dem Kranken ein grösstmögliches Maass von Wohlbefinden, von Comfort zu schaffen vermag, ist eine der schönsten Aufgaben der Krankenpflege.

Aus der gewaltigen Vielfältigkeit ihrer Ziele und dem enormen Umfange ihrer Mittel ergibt sich die Grösse des wissenschaftlichen Fundamentes, auf dem sich die Krankenpflege aufbaut. Denn der naturwissenschaftlich denkende Arzt darf für sein Handeln die naturwissenschaftliche Begründung nicht vermissen. Gerade weil sie mit allen Factoren des Lebens einzuwirken vermag und einzuwirken suchen soll, muss die Krankenpflege die Wirkung eines jeden einzelnen dieser Factoren auf den menschlichen Organismus auf das genaueste zu kennen bestrebt sein. Das ist in exacter, wissenschaftlicher Weise bisher allerdings nur für den kleinsten Theil der Fall. Aber darum ist das heutige Können der Krankenpflege nicht gering zu achten. Gewiss sind viele unserer bisherigen Handhaben aus der Empirie hervorgegangen, aus der Erfahrung, welche die Mutter der Therapie ist; aber sie werden alle sicherlich bei einem weiteren Fortschreiten der Wissenschaft in ihrem thatsächlichen Wirken erkannt werden. Das ist ja bei aller productiver Geistesthätigkeit der Menschheit von Anbeginn an so gewesen, dass alles das, was die Wissenschaft in bestimmter, exacter Erklärung nicht wiederzugeben vermochte, die Kunst mehr intuitiv und fast unbewusst zum Ausdruck brachte; und mit jedem Schritt, den die Wissenschaft in der Erkenntniss weiter fortschreitet, nimmt sie der Kunst die betreffenden Objecte fort und für sich in Anspruch. So ist es auch mit der Krankenpflege. Das Recht der Persönlichkeit, das der Kranke für sich mit Fug voll in Anspruch nimmt, kommt hier sogar in der Person desjenigen zum Ausdruck, der die Heilanordnungen trifft: des Arztes, dessen Persönlichkeit oft eine besondere Einwirkung auf den Kranken und den Ablauf des Krankheitsprocesses ausübt. Und diese und die vielen anderen Imponderabilien der Krankenpflege, die wissenschaftlicher Analyse bisher noch nicht zugänglich waren, wiegen gar gewichtig, und auch die Zeit wird kommen, wo sie alle in ihrem inneren Wesen durch die Wissenschaft eine Erklärung finden werden. Für heute sind sie noch ungekannte Dinge hinsichtlich der Art ihrer Wirkung, Namen nennen sie nicht; sie zu erkennen, ist eben das Object künftiger wissenschaftlicher Forschung. Aber sich ihrer zu bedienen, sie alle klar und zielbewusst zum Ausgleich der gestörten Functionen zu verwenden, hat durchaus die volle wissenschaftliche Berechtigung, und über sie abzuurtheilen, ohne sie zu kennen, wäre ein schwerer Fehler. Denn jedes Urtheil über Ungekanntes ist ein Vorurtheil.

Und ebenso leichtfertig wäre die Meinung, das sorgfältige Eingehen ins Detail, die Regelung der kleinsten und anscheinend unwesentlichsten Dinge, welche den Kranken betreffen, für überflüssig und kleinlich zu erachten. „Minima non curat praetor", gewiss; in der Krankenpflege jedoch soll sich der Prätor um alles kümmern. Ist die Krankheit nun einmal ein Kampf, so soll der Rather und Helfer in ihm sich auch die bewährten Gepflogenheiten der Strategie thatsächlich zu Nutze machen. Was das deutsche Heer unüberwindlich macht, ist nicht nur der Genius seiner Führer, sondern die unablässige Sorgfalt und peinliche Genauigkeit, mit welcher diese auch das Geringste und scheinbar Gleichgültigste in dem grossen Getriebe selber anordnen und bestimmen. Da ist kein Gamaschenknopf, kein Kochgeschirr, das nicht von der höchsten Commandostelle aus geprüft und angeordnet wäre; denn diese weiss sehr wohl, welch einen gewaltigen Einfluss ein Versagen irgend eines Factors an einer anscheinend unbedeutenden Stelle auf das Functioniren des Gesammtapparates hat. Um wieviel gewaltiger ist die Rückwirkung einer jeden, selbst der geringfügigsten Maassnahme in dem subtilen lebenden Organismus, wie wirkt hier der kleinste Reiz durch die Summation seiner Effecte bis zu erheblichen Aeusserungen fort, wie muss an einem so überaus reactionsfähigen Wesen alles, ausnahmslos alles, was an ihm eine Einwirkung auslösen kann, in Berechnung gezogen, geleitet und geregelt werden. Da ist das Kleinste eben noch gross genug, um beachtet zu werden.

So ist denn die Krankenpflege nur anscheinend eine rein praktische Disciplin; thatsächlich ruht sie durchaus auf wissenschaftlichem Boden. Die Aufgabe der Wissenschaft ist es, nach der berühmten Definition, die Vorgänge in der Natur zu beschreiben. Nun denn, lehren wir die jungen Mediciner, die Vorgänge in dem menschlichen Körper, welche in Folge seiner täglichen Anpassung an die Umgebung in ihm sich abspielen, kennen und erfassen zu lernen, machen wir sie vertraut mit den gewaltigen Wechselwirkungen zwischen dem menschlichen Organismus und seinem materiellen und geistigen Milieu, lehren wir sie klar sehen in den tausendfältigen Bedingungen des Lebens, dann werden sie auch dermaleinst im Stande sein, wenn sie für Kranke Rathgeber und Helfer sein sollen, mit allen Mittel, welche Natur und Kunst uns an die Hand geben, den kranken Organismus in die besten für ihn möglichen Bedingungen zu bringen. Sie werden dann die hohe Befriedigung in ihrem Berufe davontragen, den Kampf um's Dasein in dieser Welt, wo Alles Allen feindlich wird, für den Menschen gemildert, zu seiner Abfindung mit ihm das Mögliche beigetragen zu haben. Sie werden dann auch, wenn sie so ihre Aufgabe und ihren Lebenszweck erfassen, fern bleiben von ödem, unwissenschaftlichem Schematismus, fern von dem Haschen nach specifischen Mitteln gegen die Krankheiten. Aber auch die Gesammtheit, die es doch am nächsten angeht, wird sich dann der natürlichen Grenzen der medicinischen Wissenschaft bewusst werden, sie wird nichts Unmögliches, nicht Uebernatürliches mehr von ihr beanspruchen und nicht mehr von der geheimnissvollen Formel des Recepts in todter Sprache, noch von der gleichermassen geheimnissvoll erzeugten Substanz moderner specifischer Heilmittel alles Heil und alle Gesundheit erwarten. Denn nur auf der tiefsten Culturstufe glaubt man an die Medicinmänner.

Referate und Bücheranzeigen.

Penzoldt-Stintzing: Handbuch der speciellen Therapie innerer Krankheiten. In 6 Bänden. Band I. Infectionskrankheiten. Gustav Fischer, Jena.

Das grosse therapeutische Sammelwerk schreitet rüstig fort. Der erste Band liegt nun vollendet vor. Fast fertiggestellt ist auch der 3. Band und auch von Band 2, 4 und 5 sind schon grössere Abschnitte erschienen. Aus dem ersten Band, die Behandlung der Infectionskrankheiten enthaltend, haben wir in dieser Wochenschrift der Artikel über „Allgemeine Behandlung der Infectionskrankheiten" (von Ziemssen), Behandlung der Masern, Varicellen, Rötheln, Scharlach, Rose (Vierordt) und der Blattern (Pfeiffer) schon Erwähnung gethan.

Die Therapie der Diphtherie, des Keuchhustens und der Mumps ist von Ganghofner (Prag) bearbeitet. Die Bekämpfung der Diphtherie hat abgesehen von der Prophylaxe einmal die Unschädlichmachung der Infectionserreger, dann die Entgiftung des intoxicirten Körpers und schliesslich die Beseitigung der durch die Membranen gesetzten Respirationshindernisse ins Auge zu fassen.

Die Heilserumtherapie findet als Entgiftungsmethode bereits eingehende Würdigung, obwohl ihr jetziges Eintreten in die grosse Oeffentlichkeit, wie es nach Fertigstellung der Arbeit Ganghofner's erfolgt ist, wohl noch einen Nachtrag nöthig machen wird. Auch sie wird indessen selbst im günstigsten Falle die Localbehandlung des Rachenprocesses zum Zwecke der Abtödtung der Bacillen nicht unnöthig machen, so dass die diesbezüglichen Ausführungen Ganghofner's nicht an Werth verlieren werden.

Unter den zahllosen zur Localbehandlung angewandten Mitteln werden die zuverlässigsten, als welche wohl Liq. Ferri sesquichlorati und die Quecksilberpräparate zu bezeichnen sind, gebührend hervorgehoben.

Bezüglich der Behandlung der diphtherischen Larynxstenose hegt Ganghofner die Ansicht, dass hier die relativ leicht zu bewerkstelligende O'Dwyer'sche Intubation fast dasselbe leistet, wie die Tracheotomie, so dass sie wenigstens in Anstalten immer an erster Stelle zu empfehlen ist. In der privaten Praxis dürfte die für Laienhand schwierigere Ueberwachung der Intubationsbehandlung eher zu Gunsten der Tracheotomie sprechen. Erzielt die Intubation keinen vollen Erfolg, so hat die Tracheotomie alsbald zu folgen, obwohl diese nur in einer kleinen Zahl von Fällen den Erfolg zu verbessern vermag, da es sich hier meist um noch weiter descendirende Erkrankungen handelt, gegen welche beide Methoden nur wenig vermögen.

Was den Keuchhusten anlangt, so constatirt der Verfasser, dass wir ein specifisches Mittel gegen denselben bislang nicht besitzen. Doch gelingt es durch einige innere Mittel, besonders Antipyrin, Chinin und Bromoform und gewisse locale Applicationen, wie Insufflation von Resina benzoës oder Sozojodolnatrium in die Nase, wenn auch nicht die Dauer der Erkrankung, so doch die Zahl und Intensität der Anfälle zu vermindern. Die Therapie der Mumps scheint dem Referenten besonders hinsichtlich der Behandlung der Complicationen, Orchitis etc. etwas kurz weggekommen zu sein. Im Wesentlichen beschränkt sie sich auf äussere Anwendungen, wie Umschläge, Einreibungen etc.

Es folgt nunmehr die Therapie der asiatischen und europäischen Cholera, aus der Feder eines hierzu gewiss berufenen Autors, des Hamburger Krankenhausdirectors Rumpf. Wir müssen diesen Abschnitt als einen besonders gelungenen bezeichnen, indem der grosse Stoff sehr kritisch, sehr vollständig und dabei doch nicht weitschweifig bewältigt worden ist. Wohlthuend berührt auch der objective epidemiologische Standpunkt des Verfassers, der bei aller Betonung des bacillären Charakters der Krankheit, doch auch die Existenz gewisser neben der Contagion noch bestehenden, auf das Entstehen einer Epidemie influirenden Factoren anerkennt. Die grosse persönliche Erfahrung und der frische Eindruck, die der Autor bei den grossen Hamburger Epidemien zu erhalten Gelegenheit hatte, sind in der Darstellung unverkennbar. In gesonderten Abschnitten gelangt die Behandlung der symptomenlosen Cholera (Prophylaxe gegenüber Personen aus Choleragegenden, die die Keime ohne Krankheitserscheinungen im Darm beherbergen können), der Choleradiarrhöen, der ausgesprochenen Cholera, des Stadium comatosum (Choleratyphoid) und endlich der Complicationen und Nachkrankheiten zur Besprechung. Auf Einzelheiten einzugehen würde uns sowohl hier, wie bei der Therapie der nach der Cholera indica abgehandelten Cholera nostras zu weit führen. Bezüglich letzterer sei nur gesagt, dass ihre Bearbeitung der ersteren ebenbürtig erscheint.

Die Therapie der Dysenterie ist von einem um die Erforschung der Aetiologie dieses Leidens hochverdienten Autor, von Kartulis (Alexandrien) dargestellt.

Indem er die sogenannte epidemische (einheimische) Ruhr, die höchst wahrscheinlich eine Bakterienerkrankung darstellt, nur kurz streift, verweilt er ausführlicher bei der Tropenruhr, die wohl mit Sicherheit als eine Protozoen- (Amöben-) Erkrankung des Dickdarms bezeichnet werden kann. Auch in der Dysenteriebehandlung sind unzählige Mittel empfohlen worden, die, soweit sie interne Mittel sind, unter die Rubriken Abführmittel, Adstringentia, Antiparasitica und Narcotica zu bringen sind. Als hervorragende Vertreter derselben seien genannt Calomel, Ipecacuanha, Naphthalin und Opium. Dazu tritt dann noch die Behandlung per Klysma, besonders in Form der Cantani'schen grossen Tannineinläufe.

Als besonders glücklich bearbeitet ist wiederum der folgende Abschnitt über Therapie des Typhus von v. Ziemssen hervorzuheben.

Es haben sich in ihm eine grosse, in einer für München glücklicherweise jetzt überwundenen Zeit erworbene, persönliche Erfahrung mit dem bekannten publicistischen Geschick des Autors vereinigt, um ein wohlgerundetes überaus lehrreiches Ganze zu schaffen. Besonders hinweisen möchten wir auf das sehr dankenswerthe Eingehen auch auf technische Details hinsichtlich der Bereitung gewisser Nährpräparate, wie des Fleischsaftes, des Fleischsaft-Gefrorenen, des Beaf-tea, des Weingelées u. s. w. Der praktische Arzt ist für erprobte derartige Vorschriften ungemein dankbar. Neben der Diätetik kommt die hydrotherapeutische und medicamentöse Fieberbehandlung sowie die Behandlung der übrigen Störungen zu eingehender Darstellung. Besondere Capitel sind den Secundärinfectionen, den Nachschüben, Recidiven und last not least der Reconvalescenz gewidmet. Ausser dem Typhus finden sich von v. Ziemssen auch noch die Capitel über Therapie der Weil'schen Krankheit, des Fleckfiebers, Rückfallfiebers, der Influenza, Dengue, Pest, allgemeinen Miliartuberculose und der Septikopyämie bearbeitet.

Frommel-Erlangen hat der Behandlung der puerperalen Septikämie einen ausführlichen und vortrefflichen Abschnitt gewidmet. Nach energischer Betonung der Forderungen, welche gerade hier die Prophylaxis an Arzt und Hebammen stellt, erörtert der Verfasser die Methoden, durch welche eine Localisation einer geschehenen Infection auf die Infectionspforte durch Aetzungen, antiseptische Spülungen von Scheide, eventuell Uterusinnenfläche u. s. w. zu erstreben ist.

Hieran schliesst sich die Therapie der para- und perimetralen Abscesse an und endlich die der septischen Peritonitis und puerperalen Pyämie. Neben den localen Maassnahmen erfahren auch die auf das Erhalten der Widerstandskraft des Gesammtorganismus und besonders des Herzens gerichteten Bestrebungen, roborirende Diät, Digitalis u. s. w. die ihrer Bedeutung entsprechende Würdigung.

Eine interessante und sorgfältige Arbeit stellt die Therapie des Gelbfiebers von Cochran (Montgomery) dar. Purgantien (Calomel) im Beginn, antipyretische und stimulirende Behandlung im weiteren Verlaufe beherrschen hier das ärztliche Handeln. Im Grossen und Ganzen aber ist die Therapie

machtlos wenigstens gegen die schwereren Formen der gefürchteten Tropenkrankheiten.

Als eine ausgezeichnete Arbeit ist auch die Darstellung der Malariabehandlung von Maragliano zu bezeichnen. Es wird in ihr zunächst eine klare kurzgefasste Uebersicht über die neueren Untersuchungen über den Malariaparasiten, das Haematozoon malariae gegeben, welche gewiss für Viele, die den Ergebnissen der modernen Forschung im Detail zu folgen nicht in der Lage waren, erwünscht sein wird. Auch die einfache Methode der Blutdiagnose der Malaria findet ihre Beschreibung. In eingehender Weise wird die Art der Chininwirkung auf das Krankheitsagens und die beste Form der Anwendung dieses souveränen Mittels erörtert, wobei auch auf die in Deutschland noch wenig geübte intravenöse Application von Arzneimitteln, hier speciell des Chinins, eingegangen wird. Die Methylenblaubehandlung der Malaria ist noch Gegenstand der Controverse und hat jedenfalls nicht bei allen Forschern so günstige Resultate gezeitigt, als ihre Entdecker mit ihr erzielten. Als unterstützend bei inveterirten und perniciösen Formen der Malaria müssen roborirende Mittel, Arsen, Hydrotherapie, geeignete Diät u. s. w. herangezogen werden. Die Abhandlung wird das Interesse jedes Lesers erwecken.

Die Therapie der Lepra hat in Danielssen (Arzt am Lungegaardhospital für Lepra in Norwegen) einen sehr sachverständigen Bearbeiter gefunden. Die Beschreibung einer grossen Reihe meist exotischer und dabei wirkungsloser Mittel hätte wohl kürzer gehalten werden können. Fast Alles, was an Medicamenten gegen Lepra empfohlen wurde, ist nach des Verfassers langjähriger Erfahrung unwirksam. Nur dem Natrium salicylicum rühmt er eine, wenn auch nicht specifische, Wirkung nach, welche im Verein mit blutigen Schröpfköpfen, Dampf- und Seebädern, stetiger Bewegung in freier Luft, guter hygienischer Umgebung und passender Diät (im Ganzen also einem tonisirenden Verfahren ähnlich dem bei der Tuberculosebehandlung) im Stande ist, die Lepra in früheren Stadien (bei 1—2jährigem Bestehen) zu heilen.

Milzbrand, Rotz, Aphthenseuche (Maul- und Klauenseuche) und Aktinomykose sind von Garrè-Tübingen bearbeitet. Die aussichtsvollste Behandlung der beiden ersten und der letzten Erkrankung ist natürlich die chirurgische, so lange es sich um locale Infection handelt (Excision, Aetzung, Kauterisation etc.). Bei allgemeiner Infection ist die Therapie wenig erfolgreich, und finden vor Allem interne Antiseptica, Quecksilberpräparate u. s. w. Anwendung.

Die Aphthenseuche, in der Regel günstig verlaufend, (3—8tägiges Fieber unter terminaler Blaseneruption an den Lippen, der Wangen und Mundschleimhaut) erfordert Gurgelungen mit Kali chloricum, eventuell locale Aetzungen, bei gastrointestinalen Erscheinungen Adstringentia und passende Diät.

Die Therapie der Wuthkrankheit ist von Babes-Bukarest behandelt. Der durch die Anwendung und weitere Ausbildung der Pasteur'schen Impfmethode gegen Lyssa bekannte Autor gibt eine detaillirte und klare Darstellung dieses ingeniösen Verfahrens. Der Apparat zur Beschaffung der zu den Impfungen verwendeten Rückenmarke von an Wuth verendeten Kaninchen ist zwar ein sehr complicirter und setzt eigene antirabische Institute voraus. Doch besteht Hoffnung, auch dieses Verfahren, das glänzende Resultate liefert, noch wesentlich zu vereinfachen, vielleicht es zu einer Heilserumtherapie im Sinne Behring's umzugestalten.

Eine vortreffliche, gründliche Bearbeitung der Therapie der Trichinenkrankheit hat uns Merkel-Nürnberg gegeben. Vor Allem wichtig ist hier die Prophylaxe in Form der Trichinenschau, Dank welcher die Erkrankung jetzt so selten geworden ist, dass die grosse Mehrzahl der Aerzte nie einen Fall zu Gesicht bekommt. Will es der Zufall, dass man unmittelbar nach dem Genuss trichinösen Fleisches Gelegenheit hat einzugreifen, so ist natürlich eine gründliche Magenspülung am Platze. Eine Ausräumung des Darmes durch Purgantien (Kalomel, Lenna, Ol. Ricini) aber ist auch noch lange Zeit nach dem verdächtigen Genuss indicirt, da nachgewiesen ist, dass die Trichinen 5—6 Wochen lang im Darm ihre Brut absetzen. Eigentliche Specifica gegen die Trichinen sind nicht bekannt, doch ist von Alkohol (Cognac) und Glycerin (150—200 g löffelweise zu nehmen) eine Schädigung der Parasiten zu erhoffen. Gegen die Muskelschmerzen bei erfolgter Invasion sind Narcotica und protrahirte warme Bäder angezeigt, bei drohender Lähmung der Athemmuskeln ist vielleicht durch Faradisation der Phrenici Hilfe zu bringen.

Den Schluss des I. Bandes bilden die Behandlung der bei Infectionskrankheiten vorkommenden Ohraffectionen von Bürkner-Göttingen, sowie der bezüglichen Erkrankungen des Sehorgans von Eversbusch-Erlangen. Der Inhalt beider umfangreicher Capitel ist ein so reichhaltiger, fast das ganze Gebiet dieser wichtigen Specialitäten streifender, dass wir auf die Hervorhebung von Einzelnem hier verzichten müssen. Moritz-München.

Dr. **H. Tillmanns,** Professor an der Universität Leipzig: **Lehrbuch der Allgemeinen Chirurgie.** 4. verbesserte und vermehrte Auflage. Verlag von Veit & Comp. in Leipzig, 1895.

H. Tillmanns' Lehrbücher der allgemeinen und speciellen Chirurgie erfreuen sich grösster Beliebtheit bei Aerzten und Studirenden, wie die in rascher Folge erscheinenden Neuauflagen des Werkes beweisen. T. versteht es meisterhaft, die Spreu von dem Weizen zu sondern und in seiner Allgemeinen Chirurgie unterlässt er es bei keiner Neuauflage, mit kritischem Blick zu sichten, wahre Fortschritte anzuführen, Irrthümer auszumerzen. Ein Blick in die erste Auflage (1887) zeigt deutlich die grosse Bereicherung und werthvollen Verbesserungen, die er seiner Allgemeinen Chirurgie angedeihen liess.

Die Capitel, die von der modernen Wundbehandlung und Verbandtechnik, von der Entzündung und Eiterung, von den Wundinfectionskrankheiten und der Bedeutung der Mikroorganismen handeln, weisen die sorgfältigste Umarbeitung gegenüber der ersten Auflage auf und stehen auf der Höhe der Zeit. Jedem, der sich über diese wichtigen Fragen orientiren will, kann die Lectüre von T.'s Allgemeiner Chirurgie wärmstens empfohlen werden und selbst der erfahrene Praktiker wird manchen nützlichen Wink und viel Anregung aus dem gut geschriebenen Buche schöpfen; für unsere Studenten aber ist es ein ganz vortreffliches Werk, das den Anfängern in der Chirurgie Lust und Liebe zu unserer Wissenschaft einflösst und uns Lehrern den Unterricht in der Chirurgie wesentlich erleichtert.

Die Ausstattung des Buches mit 463 Abbildungen im Text ist tadellos. Angerer.

Annalen der städtischen allgemeinen Krankenhäuser zu München. Im Verein mit den Aerzten dieser Anstalt herausgegeben von Prof. Dr. v. Ziemssen, 1893, mit 4 Abbildungen. München, Lehmann. 1895.

Wie die früheren in dieser Wochenschrift angezeigten Bände, so gibt auch der vorliegende beredtes Zeugniss davon, dass die Verwerthung der ca. 15000 Kranken der Münchener Krankenhäuser zu Nutz und Frommen von Praxis und Wissenschaft auch im Jahre 1893 dieselbe geblieben ist. Von den zahlreichen Einzelarbeiten seien, als sich aus dem Rahmen rein casuistischer Mittheilungen hervorhebend, erwähnt: v. Ziemssen, die Münchener Reconvalescentenanstalt; Rieder, die Influenzaepidemie 1889/90; May, über die Verdaulichkeit des Kefirs; Lindemann und May, zur diätetischen Behandlung des Diabetes mellitus; Reinhard, über die Anämie bei chronischer Blutvergiftung; Thaler, die Behandlung der Bubonen mit benzoësaurem Quecksilber; Schönwerth, zur Behandlung der complicirten Fracturen; Mainzer, Wandermilz und Splenektomie. Penzoldt.

Neueste Journalliteratur.

Zeitschrift für klinische Medicin. 27. Band, 3. und 4. Heft.

7) Meltzing: **Magendurchleuchtungen.** Untersuchungen über Grösse, Lage und Beweglichkeit des gesunden und des kranken menschlichen Magens. (Aus der medic. Poliklinik in Rostock.)

Nach einem Vorwort von Martius und einem geschichtlichen Ueberblick über die Entwicklung der Gastrodiaphanoskopie geht

Verfasser auf die Ansichten der verschiedenen Autoren über die Lage und Grösse des normalen Magens ein und zeigt, dass ihre Angaben namentlich diejenigen über die untere Grenze sehr untereinander differiren. Hierauf beschreibt er die Technik der Durchleuchtung: Verfasser wendet die Einhorn'sche Lampe mit Accumulator im völlig dunklen Zimmer an, wobei der Strom stets so stark sein muss, dass der Kohlenbogen weissglühend wird, und bei besonders fetten Personen eine eigene Lampe mit 3—4mal so langem Kohlenbogen wie bei der Einhorn'schen. Ausserdem lässt er durch langsames Zurückziehen der möglichst weit in den leeren Magen eingeschobenen Lampe das Lichtfeld „entlang der grossen Curvatur wandern". Die vom Verfasser mit dieser Methode am leeren gesunden Magen bei der Untersuchung im Stehen und Liegen gewonnenen Resultate sind: Grenzen des Magens oben von rechts nach links: unterer Leberrand, in der linken Mamillarlinie 6. Rippe, in der vorderen Axillarlinie 6. Intercostalraum; von da absteigend zur 8. Rippe in der hinteren Axillarlinie; von hier im Bogen über das vordere Ende der 9. Rippe zur Spitze der 10. Rippe; von da an untere Grenze schräg nach abwärts bis 1 cm unterhalb der Nabelhorizontalen in der linken Sternallinie, von da an aufsteigend den Nabel berührend zum unteren Leberrand in der rechten Parasternallinie. Bei Füllung des Magens mit 400—1500 ccm Wasser und Wandernlassen der Lampe sind die Grenzen im linken Hypochondrium die gleichen, die untere Grenze geht von der Spitze der 10. linken Rippe nach abwärts bis zur Mitte der die Darmbeinkämme verbindenden Horizontalen, steigt von hier im Bogen schräg empor bis zu dem am weitesten nach rechts befindlichen in der Nabelhorizontalen zwischen rechter Mamillarlinie und Parasternallinie gelegenen Punkt und trifft in der rechten Parasternallinie dann wieder den Leberrand. Bei 4 Fällen von Megalogastrie ohne Störung der motorischen Function fand sich Tieferstehen der unteren Grenze und Verschiebung des ganzen Bildes nach links bei Füllung des Magens, während der leere Magen häufig nur ein streifenförmiges senkrechtes links gelegenes Bild lieferte, da die Lampe nur bis zum tiefsten Punkte vorgeschoben werden konnte. Bei aufrechter Stellung verschiebt sich entsprechend der Schwere das ganze Durchleuchtungsbild des gefüllten Magens nach unten, wobei gleichzeitig die Leber herabrückt. Respiratorische Verschieblichkeit des Lichtbildes des gefüllten Magens ist im Stehen nicht, dagegen im Liegen bei jedem, nicht pathologisch adhärenten Magen zu beobachten, so dass aus dem Fehlen oder Vorhandensein der respiratorischen Verschiebung die Differentialdiagnose zwischen Gastroptose und Gastrektasie nicht gestellt werden kann.

8) Einhorn-New-York: **Ueber das Verhalten der mechanischen Action des Magens.**

Verfasser beschreibt einen von ihm construirten Apparat, den „Gastrograph", welcher jede Bewegung innerhalb des Magens zu registriren gestattet. Der Apparat besteht aus 2 mit den beiden Polen einer galvanischen Batterie verbundenen metallenen Kugeln, deren eine sich isolirt in der anderen befindet. Der Contact zwischen beiden wird hergestellt durch eine frei bewegliche im Innern der Hohlkugel befindliche kleine Platinkugel, welche bei Bewegungen an Stifte der massiven Kugel anstösst und dadurch Stromschliessung herbeiführt. Diese Stromunterbrechungen und Schliessungen werden durch einen Tintenregistrir-Apparat aufgezeichnet. Die Hohlkugel wird verschluckt, so dass ihre Entfernung bis zum Munde ungefähr 50 cm beträgt, und nach 3 Minuten langer Registrirung wieder herausgezogen. Die „Gastrogramme" von 8 Gesunden lassen eine Vermehrung der mechanischen Action nach einer Mahlzeit gegenüber dem nüchternen Zustand erkennen. Bei pathologischen Processen war die Action theils wie beim normalen Magen, theils verstärkt, wie bei einer Dilatation in Folge von Narbenstenose des Pylorus und theils abgeschwächt, wie bei 2 Fällen von Ulcus ventriculi.

9) H. Weber: **Beiträge zur Erklärung des Zustandekommens von Spiegelschrift und Senkschrift.** (Aus der medic. Universitäts-Poliklinik in Marburg.)

Während man bisher die Einübung der rechten Hand zur Normalschrift als die Grundlage der linkshändigen Spiegelschrift betrachtete, indem man ein Miteinschleifen der den für die rechtshändige Normalschrift symmetrischen Bahnen für die linke Hand bei Erlernung der Normalschrift mit der rechten Hand annahm, ist bei dem vom Verfasser berichteten Fall, bei welchem seit dem 4. Lebensjahre in Folge von einer Polioencephalitis eine Parese der rechten Körperhälfte und des linken Beines mit choreatischen Bewegungen und krampfhafter Ablenkung der Augen nach rechts oben besteht und welcher mit der linken Hand Spiegelschrift schreibt, nach Verfasser das Zustandekommen der letzteren dadurch zu erklären, dass Patient in der Schule die Bewegungen des mit der rechten Hand vorschreibenden Lehrers mit der linken Extremität nachgeahmt hat. Eine ähnliche Erklärung nimmt Verfasser für einen Fall von Senkschrift bei einem 12jähr. Mädchen, welches seit dem 3. Jahre durch Polioencephalitis rechtsseitig gelähmt von oben nach unten auf dem gegen sie senkrecht gerichteten Blatte mit der linken Hand schreibt, so dass nach Drehung des beschriebenen Blattes um 90° die Schrift sich von einer normalen nicht unterscheidet. Verfasser untersuchte mehrere paralytische Geisteskranke und fand bei denselben bei linkshändiger Schrift Normalschrift. Dieser Umstand, sowie die statistisch festgestellte Thatsache, dass unter den Schulkindern nur von denen der ersten Klasse ein grösserer Procentsatz mit der linken Hand Spiegelschrift schreibt, spricht nach Verfassers Ansicht auch dafür, dass es sich bei der Spiegelschrift nicht um ein automatisches Eintreten von Bahnen, welche durch Uebung mit eingeschliffen sind, handelt.

10) Richter: **Ueber Harnsäureausscheidung und Leukocytose.** (Aus der medic. Klinik von Senator in Berlin.)

Um die Richtigkeit der Horbaczewski'schen Theorie, dass die Harnsäure ein Product des Leukocytenzerfalls sei, zu prüfen, bestimmte Verfasser bei verschiedenen Krankheiten auf infectiöser Basis, wie Typhus, Phthisen, Sepsis, Parametritis, Angina phlegmonosa und Pneumonie, die Harnsäure- und Stickstoffausscheidung und die Leukocytenzahl und fand dabei keine so deutliche Proportionalität, wie sie die Horbaczewski'sche Theorie verlangt, ebenso nicht bei einer multiplen Sarkomatose, bei einem Carcinoma ventriculi, einer schweren Anämie, nur bei Leukämie fand er eine entsprechende Steigerung der Harnsäureausscheidung. Bei Darreichung von dem die Leukocyten vermindernden Chinin fand er erst in der Nachperiode eine verringerte Harnsäureausscheidung, bei Anwendung von Spermin subcutan bei 3 Fällen von Leukämie, welches die Zahl der Leukocyten durch Zerfall vermindert, fand er keine Steigerung der Harnsäureausscheidung, während die Horbaczewski'sche Theorie eine solche verlangen würde. Endlich bei Darreichung des eine Hyperleukocytose erzeugenden Nucleïns fand er eine Vermehrung der Harnsäureausscheidung. Es ist also die Horbaczewski'sche Theorie nicht für alle Fälle giltig.

11) Erlich: **Zur Theorie der Digitaliswirkung auf das menschliche Herz.** (Aus der Universitäts-Klinik von v. Openchowsky in Charkow.)

Verfasser berichtet einen Fall von Insufficienz und Stenose der Mitralis und Aorta mit Compensationsnachlass bei einem 37jähr. Mann, bei welchem nach Digitalis Verschlimmerung eintrat mit nachfolgendem Exitus letalis. Diese auf die Digitalis bezogene Verschlimmerung erklärt Verfasser nach der Theorie v. Openchowsky's, nach welcher die Digitalis bei Erkrankung der Coronararterien, besonders der rechten, die functionelle Dissociation der beiden Ventrikel, nämlich Steigerung der Action des linken und Hemmung der des rechten, nicht mehr bewirken kann. Bei der Section fand sich auch eine stärkere Sklerosirung der rechten Arteria coronaria.

12) Witwicki: **Zur Frage von den functionellen Erkrankungen des Herzens nach seinen Höhlen.** (Aus demselben Institute.)

Von den 2 von Verfasser berichteten Fällen betraf der erste einen 35jähr. Stuckarbeiter mit Vergrösserung der Herzdämpfung nach rechts, Verstärkung des Spitzenstosses ohne nachweisbare Klappenaffection mit allgemeinen Oedemen, starker Cyanose und Athemnoth, aber ziemlich kräftigem Puls, wo von Openchowsky eine Insufficienz des linken Vorhofs als das Primäre annahm; da die Section nichts gegen diese Annahme Sprechendes ergab, so hält Verfasser die Diagnose aufrecht.

Der 2. Fall war ein 34jähr. Emphysematiker mit Verbreiterung des Herzens nach rechts und links und allgemeinen Oedemen ohne Klappenaffection, bei welchem noch eine besondere functionelle Erkrankung des rechten Ventrikels angenommen wurde. Die Section ergab auch Lungenemphysem und Dilatation und Hypertrophie der Herzhöhlen.

13) L. Letzerich: **Untersuchungen und Beobachtungen über die Aetiologie und Pathologie der Influenza nebst therapeutischen Bemerkungen.** Mit 2 Abbildungen.

Nach einer Einleitung theilt Verfasser seine seit dem Jahre 1876 gesammelten Erfahrungen über die Influenza mit, wonach er schon im Jahre 1878 die pathogenen Mikroorganismen der Influenza im Blut und später auch im Urin der Kranken gefunden haben will. Von den klinischen Erscheinungen hebt Verfasser ausser den bekannten besonders das Auftreten von metastatischen Abscessen im Unterhautbindegewebe hervor; die Behandlung bestand in Verordnung hygienisch-diätetischer Maassregeln, Phenacetin, Chinin etc.

14) M. v. Zeissl: **Ueber Lungenödem in Folge von Jodintoxication.** (Aus dem v. Basch'schen Laboratorium.)

Verfasser prüfte das Verhalten des durch Einspritzung einer Jodjodnatriumlösung in die Vena jugularis vergifteten Herzens und fand dabei Ansteigen des Druckes im linken Vorhof, Lungenschwellung, Lungenstarrheit und sehr beträchtliches Lungenödem. Der Carotisdruck steigt im Beginn des Versuches an, in Folge vermehrter Widerstände in der Gefässbahn, schwankt dann etwas und sinkt bei Beginn des Lungenödems. Der Druck in der Pulmonalis steigt ebenfalls an, aber zu Beginn des Versuches, ohne dass gleichzeitig der Druck im linken Vorhof steigt, also nicht bloss von dem letzteren, sondern auch durch Verengerung im Gefässgebiete der Pulmonalis bedingt. Die Versuche bei geöffnetem Thorax ergaben, dass der rechte Ventrikel beträchtlich anschwillt, während der linke unter Absinken des Aortendrucks sich verkleinert, dass also eine geringere Leistung des linken Ventrikels das Primäre ist. Dazu kommen noch Verengerungen der Gefässe, welche zu einer stärkeren Transsudation in den Lungen führen, wahrscheinlich durch die Schrumpfung der Gefässwand; bei Einführung des Jodjodnatriums in den grossen Kreislauf waren die Erscheinungen die gleichen, nur war das Lungenödem bedeutend ge-

ringer. Bei selbständiger Athmung morphinisirter Thiere wurden nach Injection des Jodjodnatriums in die Jugularis die gleichen Erscheinungen wie oben wahrgenommen. Endlich zeigte sich, dass manchmal Lungenstarrheit und Oedem sich entwickeln kann, bei gleichzeitigem Sinken des Druckes im linken Vorhof, wenn nämlich bei der künstlichen Athmung durch starke Belastung des Blasbalges die Anfänge der Lungenvenen in den Alveolen comprimirt werden. Lindemann-München.

Centralblatt für innere Medicin. 1895, No. 8.

C. Adrian: **Zur Frage über den Einfluss einmaliger oder fractionirter Nahrungsaufnahme auf den Stoffwechsel des Hundes.**

Im Gegensatz zu Munk kommt Verfasser zu folgenden Resultaten:

Obwohl eine einfache bessere Resorption unter dem Einfluss der fractionirten Ernährung nicht stattfindet, beobachtet man trotzdem ein Steigen des Körpergewichts. Diese Thatsache wird vielleicht durch das Verhalten der Darmfäulniss erklärt. Dieselbe ist bei der fractionirten Nahrungsaufnahme um 1/4 vermindert gegenüber den Werthen bei der einmaligen Nahrungsaufnahme.

Im ersten Falle kann nämlich die Lösung der Eiweissstoffe und die folgende Resorption fast mit gleicher Geschwindigkeit vor sich gehen; im zweiten Falle können nicht alle gelösten Eiweissstoffe in Anbetracht der grossen Mengen sofort resorbirt werden; vielmehr wird ein Theil derselben in Spaltungsproducte verwandelt, die in Folge ihres längeren Verweilens im Darme eine stärkere Fäulnisswirkung veranlassen. W. Zinn-Nürnberg.

Archiv für klinische Chirurgie. Band 49, Heft 3. Berlin, Hirschwald 1895.

1) F. Franke-Braunschweig: **Ueber die Erkrankung der Knochen, Gelenke und Bänder bei der Influenza.**

Verfasser hat im Gefolge der Influenza eine ganze Reihe der genannten Complicationen bezw. Nachkrankheiten beobachtet. Sehr eigenthümlich ist die mehrfach gesehene Entzündung der Plantarfascie, die Fasciites plantaris, eine schmerzhafte Verdickung der Plantarfascie, besonders an ihrem inneren Theile.

Von reinen Gelenkerkrankungen hat F. zwei Fälle gesehen.

Recht zahlreich waren die Erkrankungen der Knochen, meistens unter dem Bilde der Periostitis bezw. Osteoperiostitis auftretend, selten mit Eiterbildung, die im Verhältniss zur Kleinheit des Herdes meist recht erhebliche Functionsstörung zeigten mit hochgradiger Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens.

Bei der Behandlung aller dieser Complicationen haben sich am besten Ruhe und Wärme bewährt.

2) Föderl-Wien: **Ueber einen Fall von congenitaler Ranula glandulae Nuhnii.**

Eine bei einem neugeborenen Kind beobachtete Cyste der Zungenspitze mit eiweissartigem Inhalt erwies sich bei der genaueren Untersuchung zweifellos ausgegangen von der rechten Blaudin-Nuhn'schen Drüse, entstanden durch Undurchgängigkeit und Erweiterung eines Ausführungsganges.

3) Löwenstein-Trier: **Der Darmprolaps bei Persistenz des Ductus omphalo-mesentericus mit Mittheilung eines operativ geheilten Falles.**

Beim Abtragen einer als Granulom gedeuteten Geschwulst am Nabel eines 24 tägigen Kindes entstand ein bedeutender Darmprolaps. Es handelte sich um ein Meckel'sches Divertikel. Die Därme wurden reponirt, der Schlitz im Darm genäht, und das Kind vollkommen geheilt.

Unverständlich ist dem Referent die Aeusserung des Verfassers, gass ihm während der ganzen Operation Peritoneum nicht zu Gesicht dekommen sei. Denn der Beschreibung nach muss es sich doch um eine reine Eventration (keine Einstülpung des Darmes) gehandelt haben. Die einschlägige Literatur ist ausführlich wiedergegeben. Eine schärfere Unterscheidung zwischen Eventration und Einstülpung würde auch hier das Verständniss erleichtern.

4) Reichel-Würzburg: **Zur Aetiologie und Therapie der Eiterung.**

In einer ersten Versuchsreihe suchte Verfasser die Frage der Disposition zur Eiterung weiter zu klären. Alle Momente, welche die Resorption der Eitercoccen und ihrer Ptomaïne stören, leisten der Eiterung Vorschub. Fremdkörper, Gewebsquetschung, Cauterisation, Circulationsstörungen bedingen eine locale Disposition zur Eiterung. In Folge einer durch wiederholte Blutentziehungen erzeugten Anämie trat keine allgemeine Disposition zur Eiterung ein, wohl aber nach einer künstlich erzeugten Hydrämie durch Blutentziehung und Kochsalzeingiessung. Eine Verminderung der Alkalescenz des Blutes schwächt die Widerstandsfähigkeit des Thieres gegen das Virus der Staphylococcen.

Weitere Versuche über die Desinfection von Wunden führten den Verfasser ebenso wie Schimmelbusch zu dem Resultat, dass es selbst sehr kurze Zeit, schon eine Minute nach der Infection, nicht mehr gelingt, eine septische Wunde (Staphylococcen) durch Desinfection mit Sublimat in eine aseptische zu verwandeln. Ausgedehnte phlegmonöse Processe (gelber Staphylococcus) lassen sich beim Kaninchen durch genügend ausgiebige Spaltungen und Excision des eitrig infiltrirten Bindegewebes mit folgender Tamponade der Wundhöhle zum Stillstand bringen. Eine Desinfection der Wundfläche ist hierbei absolut entbehrlich. Das wirksame Moment liegt in der Umwandlung der geschlossenen Eiterung in eine völlig offene. Auf eine zur Zeit der Operation schon bestehende schwere Allgemeininfection bleibt der aseptische wie antiseptische Eingriff ohne Einfluss.

Die Versuche erweisen zunächst die Zwecklosigkeit der secundären Desinfection von Operationswunden. Für phlegmonöse Processe empfiehlt sich ebenfalls eine im Wesentlichen trockene Behandlung nach voraufgegangener — was sehr wichtig ist — ausgiebiger Spaltung und lockerer Tamponade mit feuchtem Verband (keine Carbolsäure!).

Prof. Helferich ersucht den Referenten zu erwähnen, dass er schon im Jahre 1892 dieselben therapeutischen Grundsätze aufgestellt hat (Berliner klin. W. 92, 4). Referent kommt diesem Wunsche um so lieber nach, als er zugleich mittheilen kann, dass andere Chirurgen, auch er selbst, schon seit vielen Jahren phlegmonöse Processe in gleicher Weise behandeln.

5) Schalita-Kiew: **Ueber Milzexstirpation.**

Bericht über eine glücklich verlaufene Milzexstirpation. Die ganze Milz war in eine Cyste umgewandelt, entweder auf Grund eines Aneurysma der Art. linealis oder in Folge eines Blutergusses mit Zertrümmerung des Milzgewebes.

6) Bayer-Prag: **Altes und Neues über kranke Lymphdrüsen.**

In Folge von Erkrankung oder Exstirpation von Lymphdrüsen entsteht eine Stauung der Lymphe, welche sich bis in die feinsten, die Capillaren umgebenden Saftcanälchen fortpflanzt. In dem umgebenden Fettgewebe treten mit den Lymphgefässen zusammenhängende Spalten und Bahnen auf. Diese Spalten können die verloren gegangenen Lymphgefässe dauernd ersetzen. Das die Lymphdrüsen und Lymphgefässe begleitende Fettgewebe ist somit als ein integrirender Bestandtheil des Lymphsystems aufzufassen.

In Folge der Circulationsstörung wird ein Reiz auf das Fettgewebe mit seinen Capillaren ausgeübt: es proliferirt (Kerntheilungsfiguren und junge Blutgefässcapillaren). Aus diesem jugendlichen Gewebe können einmal neue Lymph- und Blutbahnen mit Follikeln und wirklichen Lymphdrüsen, als auch Schwielen und Narben entstehen.

So versteht man, wenn nach einer Lymphdrüsenerkrankung bezw. Exstirpation vorübergehendes oder bleibendes Oedem auftritt. Ferner ergibt sich die praktisch wichtige Folgerung, nie die ganze Fettkapsel zu entfernen.

7) Perman-Stockholm: **Ein Fall von cystösem Sacrococcygealteratom nebst einigen Worten über die Genesis dieser Geschwülste.**

Der etwa kindskopfgrosse cystische Tumor betraf die linke Glutaealgegend. Ein Zusammenhang mit dem Wirbelkanal bestand nicht. Die Exstirpation der Cyste brachte völlige Heilung.

Die mikroskopische Untersuchung ergab den bemerkenswerthen Befund von Neurogliazellen in der Cystenwand. Verfasser schliesst daraus, dass der Tumor sich von den coccygealen Medullarresten entwickelt hat.

8) Postnikow-Moskau: **Hydroureter cum hydronephrosi. Nephroureterectomia.**

Bei der transperitonealen Exstirpation einer Hydronephrose fand P. ausser einer Reihe von Steinen im Nierensack einen Stein tief unten im Ureter, der durch alle nur denkbaren Manipulationen nicht entfernt werden konnte. Der Schnitt in der Linea alba wurde verlängert, und der Ureter an einer 2 cm oberhalb der Blase befindlichen Stelle unterbunden und mitsammt dem Steine entfernt. Heilung.

9) Karewsky-Berlin: **Beitrag zur Kenntniss der Geschwülste der Scheidenhaut des Hodens.**

Ueber den Fall ist bereits in No. 26 des Jahrgangs 1894 d. W. (S. 522) berichtet.

10) Pfister: **Beitrag zur Lehre von den septischen Erkrankungen.** (Aus dem Laboratorium von Dr. Hanau-Zürich.)

Bericht über sehr sorgfältige anatomische und mikroskopische Untersuchungen eines Falles von Pyämie mit besonderer Betheiligung der Muskulatur (Myosite infectieuse Nicaise). In sämmtlichen erkrankten Organen fanden sich Streptococcen, zuerst metastatisch abgelagert auf der Innenfläche des Gefässlumens. In den Nieren lag der grösste Theil der Coccen in den geraden Harnkanälchen, ein anderer in den Vasa recta.

Für die Entstehung der eitrigen Parotitis liess sich auf das Bestimmteste nachweisen, dass die Einwanderung der Coccen durch den Ausführungsgang der Drüse vom Munde her stattgefunden, und von da in die kleineren Gänge und in das Drüsengewebe selbst sich fortgesetzt hatte. Auch in der gesunden gleichartigen Drüse der anderen Seite fanden sich bereits Coccen im Lumen des Ausführungsganges und seiner gröberen Verzweigungen, nach den feinen Zweigen zu immer mehr abnehmend.

11) Th. Kölliker-Leipzig: **Zur Frage der schrägen Gesichtsspalte.**

K. hält gegenüber Herhold (s. d. W. 1894, S. 873) an der einfachen Anlage des Zwischenkiefers fest.

12) Schmidt-Dresden: **Ueber einen nach Form und Verlauf ungewöhnlichen Fall von Verletzung der Arteria femoralis.**

Die Verletzung kam zu Stande durch das Stilet des Troicars

gelegentlich der Punction eines kalten Abscesses. Unterbindung. Heilung. Eine Mahnung zur Vorsicht bei der Punction von Abscessen! Krecke.

Beiträge zur klinischen Chirurgie. Mittheilungen aus den chir. Kliniken zu Basel, Bonn, Freiburg, Graz, Heidelberg, Rostock, Strassburg, Tübingen, Zürich. Redigirt von Prof. P. Bruns. Tübingen, Laupp, 1895. XIII. Bd. 1. Heft.

Der 13. Band dieser Mittheilungen kündigt zunächst eine wesentliche Erweiterung durch den Beitritt von Madelung-Strassburg, Garrè-Rostock, Wölfler-Graz als Mitherausgeber an.

Das 1. Heft eröffnet V. Czerny: **Die Erweiterungsbauten der chirurgischen Universitätsklinik in Heidelberg,** worin Czerny eine Beschreibung der chirurgischen Neubauten, speciell des Operationsgebäudes, sowie die bei Eröffnung des neuen Operationssaales gehaltene Rede mittheilt und eine Uebersicht über die Leistungen der chirurgischen Klinik von 1877—1893 nebst tabellarischer Uebersicht der Operationen von 1880—1893 und Verzeichniss der aus dieser Klinik bisher publicirten Arbeiten gibt.

Aus der Freiburger Klinik liefert H. Reerink einen **Beitrag zur Lehre von der Tuberculose der weiblichen Brustdrüse**; im Anschluss an einen Fall der Klinik wird speciell die Aetiologie besprochen und eine betreffende tabellarische Uebersicht gegeben, die Mehrzahl der Fälle sind secundäre Tuberculosen, die seltenen Fälle primärer Brustdrüsentuberculose müssen als hämatogen aufgefasst werden.

Einen weiteren Beitrag zur Lehre der Mammatumoren liefert gleichfalls aus der Freiburger Klinik O. Manz **über Riesenzellensarkome der weiblichen Brustdrüse,** wobei speciell die klinischen und pathologisch-anatomischen sowie histologischen Ergebnisse eingehende Darstellung finden.

Aus der Baseler Klinik berichtet Hesse **(ein Fall von Luxation des Atlas)** über eine Rotationsluxation des Atlas, durch einen Fall von einem Baum entstanden, bei der der Kopf typisch verdrehte Stellung zeigte, vom Rachen aus rechts ein schmerzhafter Knochenvorsprung gefühlt werden konnte und die Reposition in Aethernarkose (Socin) leicht gelang.

Aus der Tübinger Klinik berichtet A. Wagner **über die Ausgänge der tuberculösen Coxitis bei conservativer Behandlung,** einer Arbeit, die sich auf Nachuntersuchung (187) und schriftliche Berichte über 296 Patienten der seit 40 Jahren in der Tübinger Klinik als Coxitis behandelten Fälle stützt und deren Hauptresultate durch den Vortrag von Bruns bereits bekannt sind. Nach Ausschluss der als osteomyelitisch, rheumatisch etc. anzusehenden Fälle bleiben 387 Fälle tuberculöser Coxitis, von denen 41,7 Proc. ohne manifeste Eiterung, 48,3 Proc. mit Abscessbildung verliefen und deren Mortalität 40 Proc. ergibt (22,5 Proc. für die Fälle ohne Eiterung, 52 Proc. für die mit Eiterung); über die Hälfte der Fälle, genau 55,7 Proc. wurden geheilt, bei letzteren in 92 Proc. Contracturstellung constatirt, während solche bloss in 8 Proc. der Fälle ausblieb. Die häufigste Contractur (37 Proc.) war die in Flexion und Adduction, danach die (16 Proc.) in Flexion und Abduction; Spontanluxation war in 18 (13 Proc.) der geheilten Fälle eingetreten, in 92 Proc. der geheilten Fälle war eine Erwerbsfähigkeit vorhanden (meist sitzende Gewerbe). Die mittlere functionelle Verkürzung betrug 5,2 cm für die nicht-eitrigen, 7,4 cm für die eitrigen Fälle. Im Anhang gibt W. Auszüge aus Krankengeschichten und Nachuntersuchungsprotokollen betr. 321 Fällen.

Aus der Baseler chirurgischen Klinik stammt der Beitrag zur Therapie der fixirten Skoliose von C. Hübscher: **Redresseur und Messapparat.**

Die Beschreibung eines Apparates zur Suspension, Uebercorrection, Detorsion, bei dem der Kraftspender ein Winkelhebel mit Druckpolster und Laufgewicht ist und der den grossen Vorzug hat, dass er bis auf Druckpolster, Schaale etc. aus Gasrohren und dazu gehörigen Winkel, Kreuz- und T-stücken besteht, die fertig erhältlich sind und von jedem Spängler zusammengestellt werden können. Auch der im Original nachzulesende Messapparat hat viele Vorzüge, speciell den der genauen raschen und mühelosen Ausführung und Wiedergabe der Vollcontour in handlichem Format, das eine bequeme Aufbewahrung gestattet.

Aus der Grazer Klinik berichtet A. Wölfler **über die Gastro-Anastomose beim Sanduhrmagen,** indem im Anschluss an einen von W. mit bestem Erfolg operirten Fall die pathologischen und diagnostischen etc. Momente entsprechende Würdigung finden.

Aus der Madelung'schen Klinik (Strassburg) beschreibt Fr. Lange **die Untersuchung der Transparenz von Geschwülsten und Exsudaten mittelst der Erleuchtungsmethode,** ein Thema, das schon durch Arbeiten von Lücke und Windmüller angeregt wurde und das sich bei Benützung eines Glühlämpchens in entsprechender Röhre, speciell für cystische Geschwülste zur Differentialdiagnose von serösem und eitrigem oder hämorrhagischem Inhalt bei Bursitis, Hydrocele etc. sehr empfiehlt (und u. a. in einem Fall von Echinococcuscyste des Bauches sich glänzend bewährte). L. empfiehlt besonders zu diesem Zweck das Reiniger'sche Panektroskop.

Aus der Rostocker Klinik (Prof. Garrè) gibt E. Pagenstecher **klinische und experimentelle Untersuchungen über den Hämatothorax,** worin die früheren entsprechenden Arbeiten gewürdigt und die Resultate der eigenen experimentellen Forschungen mitgetheilt werden, nach denen P. zum Schluss kommt, dass die Pleura analog der normalen Gefässwand die Fähigkeit besitzt, ergossenes Blut flüssig zu erhalten, resp. der Vorgang dieser Gerinnselbildung dem der Thrombose entspricht, der erst durch gewisse mit dem Trauma in Verbindung stehende Nebenumstände hervorgerufen wird.

Aus der Tübinger Klinik berichtet F. Hofmeister **zur Aetiologie der Coxa vara,** wonach H. neben der rhachitischen und statischen Form dieser Erkrankung noch eine osteomalacische schildert, resp. einen betr. Fall mittheilt.

Aus derselben Klinik berichtet P. Bruns **zur Aethernarkose** über seinen Standpunkt in der viel discutirten Frage, den er als „Aether und Chloroform" markirt, indem er die Nachtheile des Aethers bei Operationen an Gesicht und Hals etc. bei Leuten mit Affectionen der Luftwege etc. anerkennt und speciell die Möglichkeit der Zersetzung des Aethers durch einfachen Luftzutritt (auch wenn er den Anforderungen des Arzneibuchs genügt) hervorhebt; Br. empfiehlt, den Aether in kleinen, völlig gefüllten und gut geschlossenen Flaschen vor Licht geschützt, an kühlem Ort aufzubewahren.

Der gleiche Autor berichtet schliesslich im Anschluss an seine erste Mittheilung über: **Weitere Erfahrungen über die Kropfbehandlung mit Schilddrüsenfütterung,** worin (nach 60 betr. Fällen) die einfache hyperplastische Form als das erfolgreichste Gebiet für die betreffende Behandlung bezeichnet wird, und zwar erfolgt die Rückbildung um so eher, je kürzer die Zeit der Vergrösserung datirt. Die Maximaldose für Erwachsene beträgt 10 g innerhalb 8 Tagen, bei Kindern 5 g. Die Schilddrüsentabletten nach White sind bequemer anzuwenden und ebenso wirksam, wie die rohe Schilddrüsensubstanz.

Das Heft reiht sich würdig seinen Vorgängern an und ist in reichem Maasse mit trefflichen Lichtdrucken und Chromolithographien ausgestattet. Schreiber-Augsburg.

Centralblatt für Chirurgie. 1895, No. 5 u. 6.

No. 5. A. Lorenz: **Zur Therapie des musculären Schiefhalses.**

L. gibt die symptomatische Definition des Schiefhalses als eine, die excentrische Verlagerung des Kopfes nach Seite der Convexität bedingende myopathische Cervicalskoliose und sieht die Hauptaufgabe der Therapie in der Beseitigung der Cervicalskoliose, während die Durchtrennung oder Exstirpation des contracten Muskels nur als ein vorbereitender Eingriff anzusehen.

Das von L. hiezu empfohlene Redressement der Halswirbelsäule besteht in einem kraftvoll ausgeführten, manuellen Umkrümmen der Cervicalskoliose, soweit, dass das höher stehende Ohr auf die der ehemaligen Convexität entsprechende Schulter gelegt werden kann (was selbst bei starrsten Fällen in ½ Stunde gelingt) und wird danach ein Contentivverband in möglichster entgegengesetzter Cervicalskoliose für ca. 10—14 Tage angelegt, hierauf gelingt dem Patienten die active Umkrümmung, deren fleissige Fortsetzung die einzige weitere Nachbehandlung bildet.

L. v. Stubenrauch: **Ueber ein einfach construirtes Glas zum sterilen Aufbewahren geringer Mengen von Jodoformglycerin.**

Durch das aus 3 Theilen bestehende Glas (bei Katsch in München käuflich) ist einem entschiedenen praktischen Bedürfniss genügt. Das Hauptgefäss mit Glasstöpsel fasst 50 g, das hierüber zu stülpende Becherglas (40 g fassend) ist bei 30 g mit abgeschliffenem Rand versehen und wird mit Sublimatlösung 1 Proc bis dahin gefüllt und über das Hauptglas gestülpt; ein hölzernes Etui dient zur Aufnahme des Ganzen. Bei Gebrauch wird das Becherglas zuerst wieder mit 1 proc. Sublimatlösung desinficirt und die benöthigte Quantität Jodoformglycerin dann hineingegossen.

No. 6. Prof. Obalinski: **Zur Berechtigung der Darmausschaltung mit totalem Verschluss des ausgeschalteten Darmstückes.**

O. stimmt den von Reichel hiegegen erhobenen Einwänden zwar insofern zu, als sich seine Angaben nur auf den Dickdarm beziehen sollen, da man ja kaum je in die Lage kommt, ein Dünndarmstück ausschalten zu müssen. Die früher aufgestellten Indicationen hält O. jedoch aufrecht. Schr.

Monatsschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie. Berlin, S. Karger, 1895. Heft 2.

1) R. Kossmann: **Zur Pathologie der Urnierenreste des Weibes.**

Verfasser bestreitet, dass die bisher als Parovarialcysten bezeichneten Cysten des Ligamentum latum aus dem Parovarium hervorgegangen sein können, er sieht dieselben vielmehr als cystisch degenerirte Nebentuben an. Auch die papillären Kystome des Ovarium werden auf versprengte Keime von Fimbrienepithel zurückgeführt.

2) A. Heffter: **Die intern wirkenden Haemostatica in der Gynäkologie.**

Trotz zahlreicher Arbeiten ist es noch nicht gelungen aus dem so veränderlichen Secale cornutum ein wirklich dauerhaftes Präparat herzustellen, dem alle Eigenschaften der frischen Drogue zukämen. Die hauptsächlich wirksamen Bestandtheile Cornutin, Ergotinsäure und Sphacelinsäure sind in den einzelnen Präparaten in verschie-

denem Maasse enthalten. Das officinelle Extract des Arzneibuches ist ebenso wie das Ergotinum Bonjean bei Darreichung per os absolut wirkungslos, eher noch lässt sich eine Wirkung von den verschiedenen Fluidextracten erwarten. Von den verschiedenen Ergotinpräparaten erscheint das Ergotinum Denzel noch am wirkungsvollsten, aber alle diese Präparate zersetzen sich leicht. Das beste Präparat, wenn frisches Mutterkorn in Substanz nicht zu beschaffen ist, ist das Cornutin von Gehe u. Comp. — Die übrigen besprochenen Hämostatica sind von geringerer praktischer Bedeutung.

3) R. Teuffel: **Duncan oder Schultze?**

Verfasser macht für den Modus des Placentaraustrittes den Sitz des Eihautrisses verantwortlich. Sitzt derselbe am Placentarrande, so soll der Austritt nach dem Modus von Duncan, sitzt er central, nach dem Modus von Schultze erfolgen.

4) W. Latzko: **Zur Diagnose und Frequenz der Osteomalacie.**

Verfasser fasst den diagnostischen Begriff der Osteomalacie viel weiter, als dies bisher üblich war. Seiner Auffassung nach kommt die Erkrankung viel häufiger vor, als man bisher annahm, viele Fälle, die als chronischer Rheumatismus oder als spinale Leiden diagnosticirt werden, sind Fälle von Osteomalacie, die aber häufig zur Heilung kommen, ehe hochgradigere, bleibende Veränderungen am Knochensystem gesetzt sind. Adductorencontractur, Ileopsoaslähmung, eventuell Steigerung der Patellarreflexe im Vereine mit nachgewiesener Druckempfindlichkeit verschiedener Stammesknochen sind auch ohne Skelettveränderungen genügende Anhaltspunkte zur Diagnose der Osteomalacie. Meist wird dann die Diagnose durch die typische Anamnese (Wechsel von Exacerbation der Beschwerden in der Schwangerschaft mit Remission nach dem Wochenbett) bestätigt werden.

5) J. Donat: **Die Castration bei Osteomalacie.**

Bei einer 44jährigen Patientin waren seit der 6. Schwangerschaft — die Geburt wurde durch die Zange beendigt — Erscheinungen von Osteomalacie aufgetreten. Während der beiden nächsten Schwangerschaften, die mit Abort endeten, und während jeder Menstruation Exacerbation der Beschwerden. In der 9. Schwangerschaft wurde der künstliche Abort eingeleitet und 1½ Jahre später bei der Kranken, die alle Symptome hochgradiger Osteomalacie darbot, die Castration mit gutem Erfolge ausgeführt.

In den meisten Fällen von Castration ist ein schnelles Nachlassen aller Symptome zu constatiren. Die Operation ist daher als wichtiger Heilfactor in der Behandlung der Osteomalacie anzusehen, zumal der schweren Fälle, die der sonst üblichen medicamentösen und Bäder-Therapie trotzen.

Gessner-Berlin.

Centralblatt für Gynäkologie. 1895, No. 7.

1) O. Küstner: **Alexander's Operation.** (Aus der Breslauer Frauenklinik.)

Angeregt durch die Erfolge von Lanz und Werth hat K. die Alquié-Alexander-Adams'sche Operationsmethode bei Retroflexio uteri neuerdings angewendet, nachdem er dieselbe früher schon wiederholt versucht, aber wegen ungenügender Erfolge immer wieder fallen gelassen hatte. Die Methode eignet sich nur bei vollkommen frei beweglicher Retroflexion, liefert hier aber bei richtiger Ausführung sehr gute Resultate und führt zu einer normalen und naturgemässen Lage, wie sie durch keine andere fixirende Operation erreicht wird. Die ersten Operationen K.'s fanden vor 1¼ Jahr statt.

2) Bayer: **Bemerkungen über die Diagnose des Placentarsitzes und über Cervixverhältnisse.**

Erwiderungen auf Bemerkungen Leopold's und Ruge's, betreffend 2 unter Leitung B.'s gefertigte Dissertationen obigen Inhalts.

3) J. Westermark-Stockholm: **Ein Fall von Implantation des Ureters in die Blase.**

Es scheint der mitgetheilte Fall der erste zu sein, in welchem beim Menschen die Implantation des Ureters in die Blase glückte. Es handelte sich um Carcinoma uteri, Totalexstirpation auf sacralem Wege, wobei ein Stück der Blasenwand und des Ureters wegen Uebergreifen des Carcinoms auf jene mitentfernt worden war. Nach W.'s Erfahrungen schützt die sacrale Operationsmethode ebenso wenig vor Verletzung des Ureters wie die vaginale, hat aber den Vorzug, dass der Schaden leichter wieder gut gemacht werden kann. Eine besondere Nahtmethode bei der Implantation wurde nicht befolgt, sondern es wurde nur exact und völlig aseptisch genäht.

Eisenhart-München.

Archiv für Hygiene. XXII. Band, 3. Heft.

Prof. Dr. E. di Mattei: **Beitrag zum Studium der experimentellen malarischen Infection am Menschen und an Thieren.** (Hygienisches Institut Catania.)

In der sehr umfangreichen (108 Seiten) fleissigen Abhandlung gibt der Verfasser einen vollständigen Ueberblick über alle bisher angestellten Versuche:

1) Malaria vom Menschen auf den Menschen zu übertragen;

2) Malaria auf Thiere zu übertragen;

3) malariaartige Blutveränderungen bei Thieren weiter zu impfen (auf Thier oder Mensch) und mit der menschlichen Malaria in Beziehung zu bringen.

An die kritische Literaturbesprechung reiht sich jeweilen eine Anführung zum Theil sehr zahlreicher eigener Versuche. Das Endergebniss der ganzen Arbeit ist im Wesentlichen in folgende Sätze zusammenzufassen:

Malaria lässt sich von Mensch zu Mensch nicht nur durch intravenöse, sondern auch durch subcutane Ueberimpfung übertragen. Die Incubation ist meist ziemlich lang, 10—14 Tage. Bei der subcutanen Infection wählt man besser eine Blutmenge von mindestens 2 ccm Blut, wenn man sicheren Erfolg haben will. Die Formen: Tertiana, quartana und irregularis sind durch 3 verschiedene Parasiten bedingt. Von reinen typischen Erkrankungsfällen werden durch Ueberimpfen die gleichen reinen typischen Erkrankungen mit Reproduction der typischen specifischen Infectionserreger erhalten; Abimpfungen von Fällen, die als Mischinfection mit 2 verschiedenen Malariaprotozoen aufgefasst werden können, bringen auch ein unklares Krankheitsbild am Impfling hervor.

In einigen Fällen gelang es di Mattei durch Ueberimpfung, z. B. des Organismus der irregulären Fieber auf einen an Quartana leidenden Menschen bei diesem den Fiebertypus zu ändern und statt der Quartanaorganismen die Halbmonde der unregelmässigen Fieber auftreten zu lassen. Es wirft dies ein Licht auf die Fälle, in denen sich spontan der Fiebertypus und der Blutbefund eines Kranken zu ändern schien — Fälle, die von den Anhängern der Einheit des Malariaerregers als Umzüchtungen, Uebergang der einen Varietät in die andere aufgefasst wurden.

Bei keiner Thierart und durch keinen Infectionsweg hat sich eine Thiermalaria erzeugen lassen — es sind alle erdenklichen Thiere inclusive Affen jetzt gründlich geprüft. Die Blutparasiten der Taube, die Danilewski als Ursache einer Taubenkrankheit ansah und mit der menschlichen Malaria erst analogisirte, schliesslich sogar identisch erklärte, verhalten sich in jeder Weise anders als die Malariaparasiten.

Sie sind ebenso wenig auf den Menschen durch Impfung zu übertragen, wie auf andere gesunde Tauben. Tauben mit Pseudomalaria zeigen kein Fieber, scheinen nicht merklich unter den Parasiten zu leiden, finden sich nicht häufiger in Gegenden mit Malaria als in malariafreien Gebieten. Verbringung in Malariagebiete bringt bei gesunden Tauben keine Hämoparasiten zur Entwickelung, Abkömmlinge kranker Tauben zeigen im Nest noch keine Parasiten. Ort und Art der Taubeninfection ist ganz unbekannt, weder Chinin noch Arsen wirkt therapeutisch auf die Taubenparasiten.

Es werden also die Tauben zwar von Parasiten befallen, die eine gewisse morphologische Aehnlichkeit mit den Erregern gewisser Malariaformen haben, — damit ist aber auch jede Analogie zwischen „Pseudomalaria" der Tauben und der menschlichen Malaria erschöpft.

K. B. Lehmann-Würzburg.

Berliner klinische Wochenschrift. 1895, No. 7.

1) W. Wagner-Königshütte: **Zwei Fälle von Hämatom der Dura mater geheilt durch temporäre Schädelresection.**

An 2 Fällen von Verletzung der Meningea media erörtert W. das Krankheitsbild dieser praktisch so ausserordentlich wichtigen Erkrankung, weist besonders auf das sogenannte freie Intervall hin und betont die Dringlichkeit einer energischen chirurgischen Therapie. Dieselbe kann nur bestehen in Eröffnung der Schädelhöhle, Ausräumung des Blutextravasates und Unterbindung der blutenden Gefässe. In dem einen der mitgetheilten Fälle fand sich auch der Sinus transversus verletzt.

Die Eröffnung des Schädels geschieht am besten mit der von W. angegebenen temporären Resection. Als Instrument ist der Meissel zu empfehlen. Die auszumeisselnden Stücke können beliebig gross gewählt werden. Die Methode bietet zugleich den Vortheil, dass man das Innere der Schädelhöhle für einige Tage tamponiren und dann erst den Hautknochenlappen endgiltig zurücklagern kann.

2) v. Openchowski: **Ueber einen seltenen Fall von Aneurysma sinus Valsalvae mit nachfolgender functioneller Störung der Herzklappen.** (Medicin. Klinik in Charkow.)

3) Kuttner: **Ueber Magenblutungen und besonders über deren Beziehungen zur Menstruation.** (Aus dem Augustahospital in Berlin.) Fortsetzung in nächster Nummer.

4) Orthmann: **Salipyrin bei Gebärmutterblutungen.** (Aus der Martin'schen Poliklinik in Berlin.)

Dem Salipyrin muss nach an 50 Kranken angestellten Versuchen entschieden ein günstiger Einfluss auf die Gebärmutterblutungen zuerkannt werden. Die besten Resultate wurden bei einfachen Menorrhagien nach Geburten oder Aborten erzielt. Gegeben wurde das Mittel in Dosen von 1 g, 3mal täglich. Wenn möglich wurde 2 Tage vor der zu erwartenden Blutung mit der Verabreichung begonnen.

5) Kaufmann: **Beitrag zur Bakteriologie der Magengährungen.** (Medicin. Klinik zu Strassburg.)

Verf fand bei einem Kranken, der an einer nur mässigen motorischen Insufficienz des Magens litt, trotz Anwesenheit von reichlichen Salzsäuremengen eine bakterielle Gährung, verursacht durch eine ganze Reihe von Mikroorganismen: gelbe Sarcine, weisse Hefe, Mikrococcus aurantiacus, Staphylococcus cereus albus, Bacillus subtilis und racemosus, grosser dicker Bacillus, ein dem Bacterium coli ähnliches Kurzstäbchen. Der Fall beweist, dass auch schon geringe Grade von Motilitätsstörung trotz Vorhandensein reichlicher Salzsäure bacterielle Gährung verursachen können.

Kr.

Deutsche medicinische Wochenschrift. 1895, No. 7 und 8.

No. 7. 1) E. Mendel: **Drei Fälle von geheiltem Myxödem.** Die Fälle sind bereits bekannt aus dem Referat über die Sitzungen des Vereines für innere Medicin in Berlin, diese Wochenschrift 1894. No. 30.

2) Palleske-Neustadt i. M.: **Heilung eines operativ entstandenen Myxödems durch Fütterung mit Schafsschilddrüse.**

Bemerkenswerth in dem Falle ist das Auftreten der ersten Erscheinungen von Myxödem schon einige Tage nach der Strumektomie, und der prompte Eintritt der Wirkung der Therapie, der sich zunächst in Steigerung der Diurese kund that; ausserdem ist hervorzuheben, dass das seit der Operation unterbrochene Längenwachsthum des Körpers der 16jährigen Patientin mit zunehmender Besserung aller Krankheitserscheinungen wieder in Gang kam. Behandelt wurde Patientin mit täglicher Darreichung einer rohen Hammelschilddrüse, wobei P. auf das nicht seltene Vorkommen von Entozoen in den Schafschilddrüsen aufmerksam macht. Der Fall von P. scheint für jene Theorie zu sprechen, nach welcher in der Schilddrüse ein für den Körper unerlässlich nothwendiger Stoff bereitet wird.

3) L. Casper-Berlin: **Der Catheterismus der Ureteren.**

An eine kurze Besprechung des Catheterismus der Ureteren mit zahlreichen Literaturangaben fügt C. die Beschreibung eines von ihm zu diesem Zwecke construirten Instrumentes. Die Uretersondirung mit demselben ist nicht besonders schwierig und wurde 30mal bei 22 Patienten, 21 Männer, eine Frau, mit Erfolg ausgeführt.

4) Fr. Eschbaum-Berlin: **Ueber die Zersetzung von todtem Blut durch käufliches destillirtes Wasser.**

Versuche mit reinstem Brunnen- und gewöhnlichem destillirten Wasser zeigten, dass bei Anwendung des letzteren Methämoglobin in der Blutlösung viel rascher eintritt, als bei den erstgenannten. Weitere Untersuchungen liessen annehmen, dass der oxydirende und blutfarbstoffzersetzende Bestandtheil des destillirten Wassers ein activirter Sauerstoff sei, welcher auf die Gegenwart eines bei der Destillation mitgerissenen sauerstofferregenden Körpers zurückzuführen sein dürfte.

5) P. Krause: **Erfahrungen aus der Praxis über das Koch'sche Tuberculin.** (Fortsetzung.)

6) **Mittheilungen aus der Praxis über die Heilserumbehandlung der Diphtherie.**

Lange theilt einen Fall von raschem und günstigem Resultat mit Behring'schem Heilserum bei Diphtherie mit hochgradiger Larynxstenose, Richter-Marienburg Erfahrungen bei einer Diphtherieepidemie mit. In dem einen Orte starb von 19 Erkrankten 1 (nicht mit Heilserum behandeltes) Kind; die übrigen 18 genasen; davon waren 6 schwere Fälle gespritzt worden; von den präventiv Geimpften erkrankten nach etwa 9 Wochen 7 an leichter Diphtherie. In dem Nachbarorte, wo die Epidemie begonnen, eine Serumbehandlung aber nicht stattgefunden hatte, starben von 31 Erkrankten 6.

No. 8. 1) K. Köster: **Ueber musculären Schiefhals.** (Aus dem pathologischen Institut der Universität Bonn.)

Seitdem Stromeyer auf das häufige Zusammentreffen von Caput obstipum und Dystokien aufmerksam gemacht hat, ist die Entstehung des ersteren fast stets mit einem inter partum erfolgten Trauma in Zusammenhang gebracht worden. Nur Petersen hat sich gegen diese Annahme, die früher auch von K. selbst vertreten wurde, ausgesprochen. Neuere Beobachtungen führten nun K. dahin, für eine Anzahl von Fällen die Entstehung dieser Anomalie, welche pathologisch-anatomisch als Dystrophia fibrosa zu bezeichnen ist, in die Zeit des intrauterinen Lebens zurückzudatiren; welches aber die veranlassenden Momente sind, ist nicht zu bestimmen. In Bezug auf die Coïncidenz des Caput obstipum mit Dystokien dürfte die Vermuthung gerechtfertigt erscheinen, dass ersteres nicht Folge, sondern Ursache der letzteren ist.

2) A. Eulenburg: **Ueber puerperale Neuritis und Polyneuritis.**

Den seit der ersten Schilderung durch Möbius (1887) bekannt gewordenen Fällen von puerperaler Neuritis, welche E. unter reicher Literaturangabe auf 34 notirt, fügt E. 4 selbst beobachtete an; im ersten handelte es sich um einseitige Neuritis mit atrophischer Lähmung im Medianus- und Ulnarisgebiet; im zweiten um Neuritis des rechten Nervus tibialis, im dritten um eine solche im Gebiete des rechten Ischiadicus. In den ersten 2 Fällen trat Heilung, im dritten unvollkommene Besserung ein. Besonders bemerkenswerth ist Fall 4, beobachtet bei einer Patientin mit vorausgegangener Polyarthritis rheumatica, Anämie und ungünstiger Einwirkung des Tropenklima's, bei der wegen Hyperemesis der künstliche Abort eingeleitet worden war; profuse Nachblutungen. Die Neuritis zeigte sich in Form von lähmungsartiger Schwäche der Beine beim ersten Aufstehen (8 Tage post abortum) und verlief sodann nach dem Bilde der aufsteigenden Landry'schen Paralyse. Die Lähmung wurde später von oben nach unten allmählich rückgängig unter Zurückbleiben schlaffer atrophischer Lähmungen. Das Zusammentreffen von heftigem bis unstillbarem Erbrechen mit puerperal-neuritischen Zuständen (unter welche auch viele Fälle von Schwangerschaftslähmungen einzureihen sind) ist ein nicht seltenes Vorkommniss. Das unstillbare Erbrechen stets als ein hysterisches Symptom zu bezeichnen, ist nicht angängig. Es ist vielmehr an intoxicatorisch wirkende Schädlichkeiten, speciell vielleicht an das, bei vermehrtem Eiweisszerfall entstehende Aceton und dessen Vorstufen zu denken.

3) Nauwerck: **Aethernarkose und Pneumonie.** (Aus dem pathologisch-anatomischen Institut der Universität Königsberg.)

Die Entstehung der sogenannten Aetherpneumonien ist eine noch unentschiedene Frage. Zwei zur Section gekommene, in extenso mitgetheilte Fälle lassen N. annehmen, dass es sich hier lediglich um Autoinfection handelt, als deren Quelle die Mundhöhle mit den in derselben nistenden Pneumo-, Staphylo- und Streptococcen anzusehen ist. Für den weiteren Verlauf kommt dann in Betracht, dass die Aetherdämpfe eine Anästhesie bezw. Lähmung des Racheneingangs bewirken und eine vermehrte Schleim- und Speichelabsonderung veranlassen; es kann unter Umständen zur Aspiration der infectösen Flüssigkeit in das Lungenparenchym kommen. Inwieweit es gelingen wird, diese Erscheinungen der Autoinfection bezw. deren Ursachen zu beseitigen, muss die Zukunft lehren.

4) E. Joél-Gotha: **Beiträge zur Hirnchirurgie.**

Bereits referirt, diese Wochenschr. 1894, p. 483.

5) Fr. Haenel-Dresden: **Zur Frage der Desinfectionsfähigkeit der Wunden.**

Bereits referirt, diese Wochenschrift 1894, p. 837.

6) L. Lewin: **Bericht über Pharmakologie und Toxikologie.**

Vier kleine Artikel, von denen der erste „Ethisches" demnächst in extenso zum Abdruck gelangen soll; die beiden folgenden sind kritische Besprechungen von Arbeiten über „den Grad der Aethernarkose im Verhältnisse zur Menge des eingeathmeten Aetherdampfes" und über den Effect wiederholter grösserer Cocaingaben. Die letzte Arbeit „über Anhalonium Lewinii und andere giftige Cacteen" bringt Mittheilungen über einige Anhaloniumarten, die theils berauschende und krampferregende, theils lähmende Wirkung haben. Klinische Versuche stehen bevor.

7) P. Krause-Vietz: **Erfahrungen aus der Praxis über das Koch'sche Tuberculin.** Schluss aus No. 7.

Die objectiv, mit Consequenz und Vorsicht durchgeführten Beobachtungen bilden eine Vertheidigung des zu früh in den Himmel gehobenen und wohl zu früh wieder im Stiche gelassenen Mittels. Insbesondere wurde der ungeheure diagnostische Werth der Probeinjectionen constatirt und weiter die Thatsache, dass das Tuberculin, in geeigneten Fällen angewandt, die Tuberculose, wenn auch nicht heilt, so doch immer günstig beeinflusst. Grundsätzlich auszuschliessen von der Tuberculinbehandlung sind nur sehr heruntergekommene Patienten und ganz besonders solche, bei denen eine Mischinfection (Streptococcen etc. im Sputum, Fieber) besteht. In letzteren Fällen ist eine Vorbehandlung (Inhalationen mit Aether camphoratus) am Platz. In der Regel genügt nicht eine einmalige „Tuberculin-Cur", es sind vielmehr die Patienten stets im Auge zu behalten und die diagnostischen und therapeutischen Injectionen gelegentlich zu wiederholen.

Eisenhart-München.

Vereins- und Congressberichte.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 20. Februar 1895.

Herr **Dührssen** berichtet über eine **Extrauterinschwangerschaft,** die er per vaginam operirte, und über einen auf gleiche Weise operirten Pyosalpinx und demonstrirt die beiden Patientinnen.

Herr **Silex** demonstrirt einen Knaben mit spontan geheilter Tuberculose des Augenlides und ein Mädchen mit fortschreitender Tuberculose der Iris.

Herr **Liebreich: Ueber Heilung des Lupus und der Tuberculose durch Cantharidin.**

Seit der ersten Mittheilung über die Tuberculosebehandlung mittelst des Cantharidins und seiner Salze, welche L. am 25. II. 91 gemacht, habe er die Versuche weiter fortgeführt. Um seine Theorie der Heilwirkung dieses Mittels zu erläutern, gibt Vortragender zunächst eine kurze historische Uebersicht über die Entwickelung unserer Anschauungen über die Tuberculose und deren Erreger, und er kommt zu dem Schlusse, dass der Tuberkelbacillus Koch's nicht der Erreger der Tuberculose sei, sondern dass dieser Bacillus nur in einem schon vorher geschwächten, kranken Körper gedeihe, dass er also kein eigentlicher Parasit, sondern ein Nosoparasit sei. Das, was man gewöhnlich Disposition nennt, ist also eine Erkrankung der Zelle.

Werden z. B. Tuberkelbacillen in die Haut eines gesunden, kräftigen Menschen gebracht, so entsteht ein einfacher Leichentuberkel, der keine Neigung zum Fortschreiten zeigt;

ist aber das Individuum schon vorher geschwächt, dann entsteht die progrediente Affection des Lupus. Ein Beispiel dieser Art bietet der von Jadasohn in Virchow's Archiv No. 121 berichtete Fall.

Ganz dasselbe wie für den Tuberkelbacillus gilt nach Vortragendem auch für den Leprabacillus (Experimente von Arning, Danielssen), den Typhus-, Cholera- und Diphtherie-Bacillus, die Pneumococcen u. s. w.; echte Parasiten hingegen seien die Malariaplasmodien, die Spirillen, die Erreger der Lues u. dergl.

Es ist diese Betrachtung desswegen von grösster Bedeutung, da sich daraus die therapeutischen Gesichtspunkte ergeben. So ergibt sich für die Tuberculose, dass man die Tuberkelbacillen immerhin — falls dies gelänge — im Körper abtödten mag, sie werden doch immer wieder in denselben hinein gelangen, solange man nicht die Widerstandsfähigkeit des Organismus zu heben im Stande ist. Und das soll eben das Cantharidin bewirken.

Versuche an zwei jungen Thieren zeigten dem Vortragenden, dass das mit Cantharidin behandelte grösser wurde als das andere.

Vortragender berichtet dann in Kürze über die von ihm im Laufe der letzten Jahre behandelten Fälle von Lupus und Larynxtuberculose, welche in der Mehrzahl ein günstiges Resultat gaben. Schädliche Nebenwirkungen, wie Nephritis kamen nicht zur Beobachtung und seien bei der Dosis von 0,0002 auch nicht zu befürchten. Die Application ist nicht mehr subcutan, sondern per os mit Tinct. cort. aur. H. K.

Verein für innere Medicin zu Berlin.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 18. Februar 1895.

Vor der Tagesordnung demonstrirt Herr **Jürgens** ein Gehirn mit sehr grossem erworbenem Defect im linken Hinterhauptslappen.

Discussion über den Vortrag des Herrn **Gutzmann.**

Discussion über den Vortrag des Herrn **Oppenheim: Ueber acute, nicht eiterige Encephalitis.**

Herr Fürbringer und Herr A. Fränkel berichten über einschlägige Fälle aus ihrer Praxis und betonen die Schwierigkeit der Diagnose.

Herr Köster berichtet über einen von ihm mit Erfolg behandelten Fall von Encephalitis acuta. H. K.

Verein der Aerzte zu Halle a. S.

(Officielles Protokoll.)

Herr **Krukenberg** demonstrirt eine Reihe von Apparaten, welche er **zur Behandlung von Muskelschwund und Gelenksteifigkeiten** construirt hat. K. hat zu dem Zwecke die von ihm ersonnenen Pendelapparate mit Widerstandsapparaten combinirt. Auf Grund von anatomischen und experimentellen Untersuchungen hat K. seine Widerstandsapparate nicht, wie z. B. Zander nach dem Principe des Hebels construirt, sondern er ist darauf bedacht gewesen, einen Widerstandsapparat zu construiren, bei welchem die geleistete Muskelarbeit in allen Phasen der Bewegung dieselbe ist. Das wird erreicht durch die Anwendung eines Rades, an dessen Peripherie an beliebigen Stellen Gewichte (Schrotsäcke) angehängt werden. Das zu behandelnde Glied wird nun so an dem Rade befestigt, dass das Gelenk dem Mittelpunkte, resp. der Axe des Rades entsprechend liegt, während an der Peripherie des Rades eine entsprechende Handhabe angebracht wird. Aus der Hubhöhe des Gewichtes und dem Radius des Rades lässt sich die geleistete Arbeit genau berechnen und somit die dem Kranken zugemuthete Arbeitsleistung genau dosiren.

Das Stadium der Ruhe entspricht der Stellung des Gliedes, in welcher die Gewichte dem Fussboden aufruhen. Dieses Stadium lässt sich in jeder Stellung herbeiführen, dadurch, dass die Gewichte an jedem beliebigen Theile der hohlkehlenförmigen Peripherie des Rades an Querstäben befestigt werden. Störend ist hierbei nur die Eigenschwere des zu behandelnden Gliedes. So kann z. B. bei activer Beugung des Knies in sitzender Stellung die Streckstellung des Knies kein Ruhestadium sein, weil in der horizontalen Lage der Unterschenkel durch active Muskelkraft getragen werden muss. Diesen Fehler compensirt K. dadurch, dass er der Handhabe gegenüber an dem Rade eine Laufstange mit einem Laufgewichte befestigt, welches so weit nach der Peripherie des Rades zu vorgeschoben wird, bis nicht nur die Schwere der Handhaben, sondern auch die Schwere des zu tragenden Gliedes des Patienten ausgeglichen ist. Auf diese Weise erreicht K., dass auch sehr geschwächte Muskeln in dem Apparate ausgiebige active Bewegungen verrichten, z. B. kann ein atrophirter Quadriceps, welcher noch nicht im Stande ist, das Knie in horizontaler Stellung zu strecken, in dem Apparate eine vollständige Streckung ausführen.

Das oben erwähnte Laufgewicht hat nun K. durch entsprechende Umschaltung an dem Rade zugleich als Pendelgewicht benutzt. Der so entstandene, mit einem Schwungrade combinirte Pendelapparat stellt ein Reversionspendel dar. K. schreibt dieser Anordnung besondere Vortheile zu, welche darin bestehen, dass die Schwingungen verlangsamt werden, ohne an Kraft einzubüssen, die Bewegungen gestalten sich dadurch weniger stossweise und für den Kranken schonender.

K. hat sich weiterhin bemüht, die Apparate möglichst vielseitig zu gestalten durch Anbringung verschiedener Handhaben an einem Apparate; so hat er einen Apparat construirt, mittelst welchem folgende Bewegungen ausgeführt werden können: Active und passive Hüftbeugung und Streckung rechts oder links, active und passive Ellenbogenbeugung und Streckung rechts oder links, active Schulterhebung rechts oder links, active und passive Rotation im Schultergelenk, active und passive Bewegung des Oberarms in der Pendelebene nach vorn und hinten.

Durch eine derartige „Ineinanderschachtelung" mehrerer Apparate werden die Anschaffungskosten wesentlich vermindert. Eine ausführliche Beschreibung der verschiedenen Apparate beabsichtigt K. in seinem demnächst erscheinenden Lehrbuch der Behandlung der Bewegungsstörungen zu geben.

Aerztlicher Localverein Nürnberg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 18. October 1894.

Vorsitzender: Herr Carl Koch.

Herr **Thorel** demonstrirt folgende Präparate:

I. Ulceröse Endocarditis der Aortenklappen mit Perforation.

Die endocarditischen Efflorescenzen sitzen am Basilarrande der hinteren und medialen vorderen Klappe der Aorta; sie haben an letzterer zu blumenkohlartigen, durch angelagerte Thromben noch vergrösserten Wucherungen geführt, während die hintere Klappe ihrer ganzen Breite nach rupturirt ist, so dass die beiden Klappenzipfel nur noch durch den Nodulus zusammengehalten werden; die Ränder des Risses sind ebenfalls mit kleineren, warzenförmigen Efflorescenzen bedeckt; Aorta sehr eng.

Das Präparat stammt von einer Patientin, welche von Jugend auf die Zeichen hochgradiger Anämie darbot; sie erkrankte dann eines Tages mit Schmerzen und Schwellungen des rechten Fussgelenkes und rechten Handgelenkes. Die Temperaturen waren hoch (39,8), der Puls frequent, schlecht gespannt. Am Herzen überall gleichmässig lautes systolisches Geräusch. Leichte Albuminurie.

Die Gelenkschwellungen gehen allmählich zurück, die Temperaturen bleiben trotz der angewandten Antipyretica hoch, das Herzgeräusch wird lauter, der Puls schlecht gespannt. Der Zustand verschlimmert sich durch das Auftreten von Schüttelfrösten, die sich an drei Tagen hintereinander folgen und mit Erhöhung der Temperatur und hochgradiger Cyanose einhergehen. Der Exitus letalis erfolgte plötzlich und unvermuthet.

II. Perforation eines Typhusgeschwüres in der III. Krankheitswoche.

Der klinische Verlauf des Falles bietet nichts Besonderes.

Herr **Neuberger** stellt zwei Fälle von **Prurigo Hebrae** vor.

Im ersten Falle handelt es sich um ein 7jähriges, schwächliches, aber keine Kennzeichen von Scrophulose aufweisendes Mädchen, dessen Vater angeblich an Phthisis leiden soll. Die Streckseiten der oberen und unteren Extremitäten sind mit zahlreichen kleinen, punkt- und strichförmigen, bräunlichen, durch Kratzen hervorgerufenen Borken bedeckt. Typische Prurigoknötchen sind zur Zeit nicht vorhanden, da die Patientin bereits behandelt wurde. Die Haut ist an den eben erwähnten Localisationsstellen rauh, derb infiltrirt und fühlt sich beim Hinübergleiten mit der Hand reibeisenförmig an. Stellenweise ist eine auffallend bräunliche Verfärbung sichtbar. Der ursprünglich — vor der Behandlung — auch Tags über vorhandene heftige Juckreiz veranlasste den Lehrer, das Kind wegen angeblicher Krätze aus der Schule zu entfernen.

Der zweite Fall, welcher eine ca. 30jährige Frau betrifft, zeigt die Krankheit in einem viel vorgeschritteneren und ausgeprägteren Stadium. Nicht nur die Streckseiten, auch die Beugeseiten sind befallen, die Gelenkbeugen sind aber in für Prurigo charakteristischer Weise frei. An den Streckseiten ist kaum eine einzige unveränderte normale Hautzone auffindbar. Die rauhe, harte, infiltrirte und bräunlich pigmentirte Haut stäubt beim Reiben mit dem Fingernagel mehlartig ab.

Wenn auch der Process in diesem Falle sehr hochgradig ist, so möchte der Vortragende doch denselben noch nicht zur Gruppe der Prurigo agria rechnen.

Im Anschluss an diese beiden Fälle verbreitet sich der Vorstellende eingehender über die Differentialdiagnose und Therapie dieser Affection.

Herr **Neuberger** demonstrirt ferner an der zuletzt erwähnten Patientin ein hochgradig ausgesprochenes, aber nicht nur am Hals und Nacken vorhandenes, sondern universelles, über den ganzen Körper verbreitetes Leucoderma syphiliticum. Trotz der kürzlich von Lewin literarisch vertretenen gegentheiligen Ansicht hält Redner an der Neisser'schen Anschauung fest, dass das Leucoderma ein sehr werthvolles diagnostisches Merkmal für Lues bildet.

(Schluss folgt.)

Wiener Briefe.

(Originalbericht.)

Wien, 23. Februar 1895.

Eine Docenten-Affaire. — Von der Wiener Aerzte-Kammer. — Congenitale Hüftverrenkung. — Psychiatrische Heilbestrebungen. — Eine bösartige Primel.

In den akademischen Kreisen Wiens wird die „Affaire" eines Docenten, die mehr als 2 Jahre lang in der Schwebe war und letzthin endgiltig zur Entscheidung kam, viel besprochen. Dem besagten Docenten, dem Kinderarzt Dr. Unger, wurde nach eingeleitetem Disciplinarverfahren vom akad. Senate die Docentur abgesprochen und dessen Recurs an das Unterrichtsministerium jüngst ebenfalls abschlägig entschieden. Die Freunde Dr. Unger's sammeln noch in den Kreisen der Docenten Unterschriften für ein Gnadengesuch, mittelst dessen die Rehabilitirung des tüchtigen Arztes angestrebt wird.

Dr. Ludwig Unger habilitirte sich 1886 als Privatdocent für Kinderheilkunde, liess nebst zahlreichen kleineren, in Archiven und Journalen abgedruckten Abhandlungen im Buchhandel erscheinen: „Ueber multiple Herdsklerose im Kindesalter", sodann ein „Lehrbuch für Kinderkrankheiten", welches seit 1890 in zweiter Auflage erschien.

Und sein Vergehen? Es ist recht schwer, der Sache auf den Grund zu sehen, da derlei Disciplinarverfahren geheim gehalten werden und der Betroffene selbst beharrlich schweigt, indem die seinerzeitige Publication in einem Wiener Fachblatte zur Aufrollung der ganzen „Affaire" geführt hat. Ich will daher bloss das mittheilen, was ziemlich authentisch ist.

Ende October 1892 erschien in der „Wiener medicinischen Presse" (Redacteur Dr. Bum) ein „Die Docenten-Misère an unserer Facultät" betitelter Aufsatz, in welchem die geradezu unwürdige Stellung zahlreicher Privatdocenten zur Schule in schneidiger Weise besprochen wurde. Illustrirt wurden die Ausführungen durch die Erzählung der Leidensgeschichte „eines unserer tüchtigsten jüngeren Pädiater", welchem der Ordinarius dieses Faches das Versprechen gegeben haben soll, ihn in seinem Kinderspitale Vorlesungen abhalten zu lassen, dem es aber nicht gelingen könnte — weder da, noch anderwärts — Material zu erlangen, um mit Aussicht auf Erfolg zu lesen. Aus dem allgemeinen Krankenhause durch einen Ukas des Directors ohne weitere Begründung verjagt, will er in einem Privatlocale, da wo ein Docent der Zahnheilkunde mit Erlaubniss des Professoren-Collegiums ein Ambulatorium besitzt, Vorlesungen halten; vergebens, sein Gesuch wird, über Antrag desselben Ordinarius, „aus sanitären Gründen" ablehnend entschieden. Und im Kinderspitale darf er auch nicht lesen, angeblich trotz wiederholter Intervention des Decans, des Collegiums etc.

Einige Wochen darnach, also Mitte December 1892, berichtet die „Wiener medicinische Presse", dass gegen den besagten Docenten (im Artikel waren keine Namen citirt, es war aber für die Eingeweihten klar, dass es sich um Hofrath Widerhofer und Docenten Unger handle) das Disciplinarverfahren eingeleitet wurde. Das Fachblatt erklärt: „dass der betreffende Docent der Pädiatrie dem citirten Artikel vollständig fernstehe, dass er denselben weder verfasst, noch angeregt habe und dass der Redacteur für dessen Inhalt und Form die volle Verantwortung übernehme." Es hofft, dass man nun das Verfahren gegen den Docenten einstellen werde, „dessen Verbrechen lediglich darin zu suchen ist, dass derselbe den sicherlich berechtigten Groll über die ihm widerfahrene Unbill nicht sorgfältig geheim hielt". Das Alles ging also öffentlich vor sich, das Weitere spielte sich in den Stuben des Decans und Rectors ab.

Nach den mir gewordenen Informationen soll also Dr. Unger seiner Zeit vom Decane aufgefordert worden sein, das citirte Fachblatt zu dementiren, erklärte aber, dass er der Abfassung und dem Erscheinen des Artikels fernstehe, dass dessen Inhalt jedoch im Grossen und Ganzen richtig sei. Man soll sich in entscheidenden Kreisen sodann alle Mühe gegeben haben, die „Affaire" in einer für den Docenten Unger günstigen Weise „aus der Welt zu schaffen"; es gelang aber nicht — aus Gründen, die eben der Oeffentlichkeit vorenthalten wurden.

Man frägt aber, und wie mir scheint, mit gutem Rechte: Waren die im obgenannten Fachblatte enthaltenen Mittheilungen unwahr, warum wurden sie nicht sofort oder überhaupt vom medicinischen Decanate oder von jenem Professor, der sie auf sich beziehen musste, dementirt; konnten sie aber von keiner Seite dementirt werden, weil sie der Wahrheit entsprachen, warum wurde über den besagten Docenten die strengste akademische Strafe verhängt, über welche die akademische Behörde verfügt? Da muss freilich noch Etwas dabei sein, was die ganze Affaire für das Auge des Fernstehenden verhüllt, und darum ist es besser, sich vorderhand aller weiteren Bemerkungen zu enthalten.

Die Wiener Aerzte-Kammer, welche sich am 30. Mai v. J. constituirt hat, wird Montag den 25. Februar l. J. ihre erste Generalversammlung abhalten. In der abgelaufenen Periode hat der Vorstand 1265 Geschäftsstücke, zumeist Standes- und Cassa-Angelegenheiten, erledigt. Dem Ehrenrathe lag bloss ein Verhandlungsgegenstand vor. Die Klage wurde anfangs des Jahres 1895 durch Ehrenerklärung des Beschuldigten beigelegt. Mehrere an die Kammer gerichtete Beschuldigungen aus dem Publicum erwiesen sich — erfreulicherweise — bei der Erhebung als unbegründet. In der Kammer bestehen derzeit 3 Comité's, und zwar: a) für Humanitäts-Einrichtungen, b) für das Krankenkassenwesen, c) für ärztliches Reclamewesen. In Betreff der Bildung humanitärer Institute wurde beschlossen: Sämmtliche Aerzte-Kammern mögen Comité's für die Errichtung von für alle Aerzte Cisleithaniens gemeinsamen Wohlfahrts-Instituten constituiren. Diese Comité's mögen sich (durch ihre Kammerpräsidien) in Verbindung setzen und sich gegenseitig unterstützen. Die Festsetzung der Principien für eine ärztliche Standesordnung wurde einem nächsten Kammertage (Zusammenkunft von Delegirten aller österreichischen Aerzte-Kammern) vorbehalten.

In der Frage des Krankenkassenwesens hat sich die Kammer letzthin (wie ich schon berichtet habe) für die freie Aerztewahl ausgesprochen und überdies eine Reihe anderer, für die Aerzte und für die Versicherten wichtiger Grundsätze formulirt. Die Frage des ärztlichen Reclamewesens endlich steht auf der Tagesordnung der nächsten Sitzung. Desgleichen die Wahl eines Comité's zur Berathung der unentgeltlichen Ordination an den Kliniken etc. für bemittelte Personen resp. der Einschränkung der Spitalbehandlung auf Arme.

Die Einnahmen betrugen in den 7 Monaten Juni — September 1894 in toto 9577 fl. 95 kr., der Saldo belief sich Ende December auf 4090 fl. 18 kr. Im Vorjahre musste jedes Kammermitglied 10 fl. zahlen, pro 1895 wurde der Jahresbeitrag — über Andrängen der Aerzte — auf 5 fl. herabgesetzt.

Schliesslich noch einige Worte über die Regelung des ärztlichen Reclamewesens. Das zum Studium dieser Frage eingesetzte Comité hat ein vorzügliches Elaborat geliefert, dessen erster Satz wörtlich lautet: „Jede ärztliche Reclame ist verboten und wird nach § 12, Al. 1 K. G. ehrenräthlich behandelt." Sodann werden alle jene Veranstaltungen und Maassnahmen im Detail aufgeführt, welche als ärztliche Reclame angesehen werden und zwar unter den Subtiteln: a) blosse Publication des Namens, b) die verstellte Reclame, c) das Feilbieten ärztlicher Hilfe. „Das Inseriren in Tagesblättern ist ein des ärztlichen Standes unwürdiges Verhalten; es haben überhaupt die Namen von Aerzten aus dem Inseratentheil der Tagesjournale zu verschwinden, sie mögen darin unter welchem Vorwande immer figuriren." Und zum Schlusse: „Im höchsten Grade unwürdig und standeswidrig sind alle die genannten Formen der Reclame, wenn es sich hiebei um die an sog. „geheimen" Krankheiten Leidenden handelt."

Der Vorstand der Wiener Aerzte-Kammer wünscht jedoch eine genauere Formulirung der Anträge im Interesse des ehrenräthlichen Verfahrens und stellt seinerseits den Antrag: „Der Comité-Bericht sei als Grundlage für die Codificirung anzunehmen und einem (weiteren) Comité diese Codificirung zu übertragen". So ein Codex medicus gegen ärztliche Reclame müsste aber, um Anspruch auf Vollkommenheit erheben zu können, wohl hundert und mehr Paragraphen aufweisen. Und schliesslich hat bei derlei ehrenräthlichen Verhandlungen das Gefühl (oder sagen wir der Takt, der Anstand) auch ein Wörtchen dreinzureden; das alles lässt sich aber nicht in Paragraphe einzwängen.

In der Freitag den 22. Februar abgehaltenen Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien stellte Prof. Lorenz ein 12jähriges Mädchen vor, welches seit seinem 3. Lebensjahre, also 9 Jahre ununterbrochen — Tag und Nacht — wegen einer linksseitigen congenitalen Hüftverrenkung von dem bekannten Mechaniker Hessing mit extendirenden Schienenhülsenapparaten behandelt wurde. Das Resultat dieser langjährigen Behandlung ist folgendes: Die Luxationsverkürzung beträgt 4 cm, der Trochanter springt seitlich mächtig vor, der Schenkelkopf ist durch die in Folge des Maschinendruckes hochgradig atrophisch gewordenen Weichtheile fast unmittelbar unter der Cutis zu fühlen, und auch sonst fehlt keines der classischen Symptome der Luxation, so dass Lorenz bei der ersten Untersuchung einen therapeutisch intacten Fall vor sich zu haben glaubte. Dasselbe Resultat hatte übrigens schon Hoffa in Würzburg in einem anderen Falle zu constatiren Gelegenheit gehabt.

Der Redner polemisirt gegen den „maasslosen Dünkel" Hessing's und stellt im Anschlusse hieran zehn von ihm operirte Fälle von angeborener Hüftverrenkung vor. Die demonstrirten Kinder lassen den Thatbestand einer zweifellosen Reposition des Schenkelhalses, ganz abgesehen von der gebesserten, ja normalen Function, schon aus der äusseren Form des Beckens und dem bis auf ein Geringes vollständigen Ausgleich der Beinlänge erkennen.

Prof. v. Wagner hielt sodann einen längeren Vortrag, der sich „Psychiatrische Heilbestrebungen" betitelte. Von der empirischen Erfahrung ausgehend, dass mannigfache acute fieberhafte Erkrankungen eine Besserung oder Heilung schwerer Psychosen herbeiführten, hat W. schon früher in Graz und jetzt wieder in Wien an seiner Klinik in zahlreichen, ihm hierzu indicirt erscheinenden Fällen Koch's Tuberculin injiciren lassen, um hiedurch eine wiederholte mässige (39° nicht übersteigende) Fieberbewegung künstlich anzuregen. Der Erfolg war ein recht befriedigender. Dreimal wurden Psychosen von 2—3jähriger Andauer geheilt, in mehreren anderen Fällen trat entschiedene Besserung ein, die noch im Fortschritte begriffen ist. Trotz der Fieberbewegung wurde bei allen Irren eine Zunahme des Körpergewichts constatirt, und dies auch in solchen Fällen, in welchen die Psyche nicht wesentlich günstig beeinflusst wurde. Eine Verschlimmerung der Psychose ist niemals aufgetreten.

v. W. bespricht den Einfluss der Stoffwechselproducte der Bakterien auf das Entstehen und auf das Zurückgehen geistiger Erkrankungen und kritisirt die zur Erklärung dieser Thatsachen herangezogenen zahlreichen Hypothesen.

Docent Dr. Riehl zeigte eine prächtige Zierpflanze, Primula obconica, aus China importirt, welche bei Gärtnern etc. so zahlreiche Erytheme, bullöse Dermatitis (ähnlich einem Erysipel) u. dergl. hervorrief, dass sie rasch wieder in Ungnade fiel und jetzt bei uns schon ziemlich selten in Gärten zu finden ist.

Aus den englischen medicinischen Gesellschaften.

Pathological Society London.

Sitzung vom 5. Februar 1895.

Discussion über den Pneumococcus.

J. W. Washbourn behauptet, dass der Friedländer'sche Pneumococcus nur zufälligerweise bei der Pneumonie vorkomme, dass dagegen der Fränkel'sche Coccus die wahre Krankheitsursache sei. Derselbe verursacht nicht nur die acute lobäre Pneumonie, sondern auch manche Fälle von lobulärer Pneumonie, deren gewöhnliche Ursache andere Bakterien, besonders Streptococcen sind. Viele Fälle von Pleuritis, Empyem, Meningitis und Otitis, welche unabhängig von der Pneumonie entstehen, sind ebenso auf seinen Einfluss zurückzuführen, wie die secundären Affectionen einer Pneumonie, ulcerative Endocarditis, Gelenkaffectionen u. s. w. — Wenn auch der Pneumococcus in den Nasen- und anderen Excreten bei Gesunden sich findet, so ist das kein Argument gegen seine pathogene Eigenschaft, da dasselbe auch bei Diphtherie der Fall ist.

Was die Culturen des Pneumococcus betrifft, so verlieren diese sehr rasch ihre Vitalität. Als Ausnahmen werden erwähnt eine Bouilloncultur, welche am 23. Tage, und eine Agarcultur, welche noch am 64. Tage lebensfähig und virulent war.

Des Weiteren werden die morphologischen Eigenschaften des Pneumococcus und die Experimente, die W. mit demselben machte, ausführlich erwähnt. Intraperitoneale Injection erzeugt gewöhnlich Peritonitis, in einigen Fällen aber auch Pneumonie oder Pleuritis. Bei sehr virulenten Culturen erfolgte manchmal statt der localen eine allgemeine septikämische Infection. Auch bei subcutaner Injection stellte sich in einigen Fällen Peritonitis ein. Der locale Effect bei den letzteren war eine seröse, fibrinöse oder purulente Exsudation je nach der Virulenz der Cultur oder der Empfänglichkeit des Versuchsthieres. Starb das Thier erst längere Zeit nach der Einimpfung an Marasmus, so fanden sich keine Coccen im Blut, in manchen Fällen aber war dann eine parenchymatöse Nephritis vorhanden. Die Coccen traten im Blut erst mit dem Temperaturabfall auf.

Auch die wechselnde Virulenz und die verschiedenen Varietäten des Pneumococcus werden besprochen.

Von den Immunisirungsmethoden hatte Washbourn die von Klemperer angewendet. Die Immunität trat ein meist an dem 20. Tage nach der Injection und verschwand mit dem 51.

Prof. A. E. Wright theilt die durch bakterielle Infection verursachten Krankheiten in die Gruppen: septikämische, wenn die Bakterien im Höhestadium der Krankheit frei im Blute sich finden; local entzündliche Processe, wobei die Bakterien constant in den entzündeten Gewebstheilen vorkommen, aber nicht nothwendigerweise in das Blut übergehen; und Intoxicationsprocesse, die Bakterien finden sich nicht in den Geweben, sondern nur ihre toxischen Producte.

Die croupöse Pneumonie gehört eigentlich zu den localen Entzündungsprocessen und ihre charakteristischen Erscheinungen sind das Resultat der phagocytischen Reaction von Seite des Organismus auf die bakterielle Invasion der Lungen. Der inficirende Bacillus ist der Fränkel'sche Pneumococcus.

Der Umstand, dass die Pneumonie meist kritisch abfällt, führt nun zu der Annahme eines kritischen Ereignisses im Kampfe zwischen Organismus und Bakterien, denn durch irgend eine locale Veränderung in der entzündeten Lunge wird dieser Abfall nicht bewirkt.

Wright nimmt also einen secundären septikämischen Process an, indem die Pneumococcen in den Blutstrom eindringen. Er vergleicht dieses „Pneumococcenfieber" mit den Beobachtungen über das „Spirillumfieber" von Vandycke Carter, und erklärt den Vorgang folgendermaassen:

Während der Fieberakme besteht eine enorme Vermehrung der circulirenden Blutkörperchen, speciell der polynucleären weissen Blutkörperchen. Mit dem Eintritt der Krisis erfolgt eine rapide Abnahme der Zahl derselben. Diese Abnahme geht Hand in Hand mit einem Process der Phagocytose und einer Eliminirung der Pneumococcen aus dem Blute.

Was die chemische Seite der Frage betrifft, so hat der Organismus die bei dem Lösungsprocess der Pneumonie sich massenhaft in den Alveolen anhäufenden weissen Blutkörperchen, welche zum grössten Theil aus Nucleoalbumen (nach Wooldridge) bestehen, sowie deren Zersetzungsproducte zum grössten Theil zu resorbiren, da nur der kleinere Theil expectorirt wird. Wright berechnet so eine tägliche Resorption von 25—50 g Nucleoalbumen. Dieses hat bekanntlich die Eigenschaft, in grösseren Mengen intravasculäre Thrombose zu bewirken, wesshalb auch jede Muskelanstrengung, die vermehrte Blutgerinnbarkeit verursacht, in diesem Stadium möglichst zu vermeiden ist. Im Organismus zerfällt dann derselbe weiter in einfache chemische Substanzen, in Albumose und Nucleïn, und endlich in Harnsäure (Horbaczewski).

Washbourn acceptirt diese Theorie Wright's nicht, da er nur in den seltensten letal verlaufenden Fällen von Pneumonie im Blute Pneumococcen nachweisen konnte. Auch theilt er die Befürchtungen bezüglich der Gefahren einer Thrombose nicht.

Auf A. Ruffer's Interpellation erwähnt er, dass bei Versuchsthieren, die 5 Stunden nach der Impfung mit Pneumococcen getödtet wurden, weder der Pneumococcus noch Antitoxin gefunden wurde.

F. L.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 26. Febr. Der preussische Finanzminister bestimmte im Einvernehmen mit dem Kultusminister, unter Aufhebung der bisherigen Bestimmungen, dass als Geheimmittel im Sinne der Bundesvorschriften für die steuerfreie Verwendung von undenaturirtem Branntwein zu Heil-, wissenschaftlichen und Gewerbe-Zwecken alle zur Verhütung oder Heilung krankhafter Zustände jeder Art bei Menschen und Thieren feilgebotenen, mit Branntwein bereiteten Arznei- oder Heilmittel zu behandeln sind, deren Bestandtheile, Gewichtsmenge und Bereitungsweise nicht gleich bei dem Feilbieten dem Publicum in gemeinverständlicher Form vollständig bekannt gemacht werden. Als Geheimmittel sind nicht anzusehen alle mit Branntwein bereiteten Arznei- und Heilmittel, für welche im Arzneibuch für das Deutsche Reich und in den Pharmakopöen anderer Länder Vorschriften enthalten sind.

— Im Canton Bern wurde die obligatorische Schutzpocken-Impfung mit 26000 gegen 23000 Stimmen verworfen. Circa 68000 Stimmberechtigte enthielten sich der Abstimmung.

— Das im Institut Pasteur zu Paris unter Leitung Roux' hergestellte Diphtherieserum ist nun auch in Deutschland, und zwar von dem Laboratorium Pasteur in Stuttgart zu beziehen. Der Preis der Dosis von 10 ccm (Zahl der darin enthaltenen Immunisirungseinheiten aus dem uns vorliegenden Prospect nicht deutlich ersichtlich) beträgt M. 4.50.

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatten in der 6. Jahreswoche, vom 3.—9. Februar 1895, die grösste Sterblichkeit Frankfurt a. O. mit 31,8, die geringste Sterblichkeit Kaiserslautern mit 11,1 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Diphtherie und Croup in Bochum, Dessau, Hagen, Mülhausen i. E., Solingen.

— Die von einigen Zeitungen gemeldete Auffindung einer neuen heissen Quelle in dem Hause Vindobona in Karlsbad hat sich nicht bestätigt; das Gerücht ist darauf zurückzuführen, dass in Folge der grossen Kälte ein Rohr der Wasserleitung platzte und das ausströmende Wasser durch einen im Keller des genannten Hauses befindlichen Backofen erwärmt wurde.

(Universitäts-Nachrichten.) **Breslau.** Prof. Dr. Wiener hat aus Gesundheitsrücksichten Urlaub nehmen müssen. — **Freiburg i. B.** An Stelle des nach Berlin berufenen Prof. Warburg ist für den Lehrstuhl der Physik Prof. Röntgen in Würzburg ausersehen. — **Halle.** Der langjährige Director des Physikalischen Instituts der hiesigen Universität, Geh. Rath Prof. Dr. Knoblauch, ist Alters halber von diesem Amte zurückgetreten. An seiner Stelle wurde Prof. Dr. Ernst Dorn, der Vertreter für theoretische Physik, zum Director des Instituts ernannt. — **Leipzig.** Am 22. Februar habilitirte sich der 1. Assistent am pathologischen Institut, Dr. Paul Kockel mit einer Probevorlesung über die Erblichkeit der Tuberculose. — **Strassburg.** Privatdocent Dr. Friedrich Fischer, 1. Assistent der chirurgischen Klinik, wurde zum ausserordentlichen Professor ernannt. — **Würzburg.** Privatdocent Dr. Robert Sommer hat einen Ruf als Professor für Psychiatrie an die Universität Giessen erhalten.

Basel. Am 25. ds. feierte der vergleichende Anatom und Anthropologe Prof. L. Rütimeyer seinen 70. Geburtstag.

(Todesfälle.) In Mainz ist der älteste hessische Arzt, Dr. Arnold Mayer, im Alter von 86 Jahren verstorben; derselbe war auch als philosophischer und medicinischer Schriftsteller bekannt.

In London starb der hervorragende englische Ophthalmologe, Präsident des Royal College of Surgeons, John Whitaker Hulke im Alter von 65 Jahren.

Der Kinderarzt Canini in Livorno, welcher dieser Tage gestorben ist, vermachte, Zeitungsnachrichten zufolge, sein ganzes Vermögen von 2300000 Lire für ein Kinderspital, in welchem arme, an Diphtherie erkrankte Kinder unentgeltlich mit Serum behandelt werden sollen.

Amtlicher Erlass.

Die Abhaltung bakteriologischer Curse betr.

Kgl. Staatsministerium des Innern.

Im Einverständnisse mit dem k. Staatsministerium des Innern für Kirchen- und Schulangelegenheiten wird das k. Staatsministerium des Innern zehn mit dem Nachweise der mit Erfolg bestandenen Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst versehene Aerzte zu dem in der Zeit vom 18. März bis 2. April d. Js. von dem ausserordentlichen Professor Dr. Hauser im pathologischen Institute der k. Universität Erlangen abzuhaltenden bakteriologischen Kurse beiziehen.

Dieses wird mit dem Beifügen bekannt gegeben, dass jene Aerzte aus den Prüfungsjahren 1879 mit 1885, welche nicht in einer der drei Universitätsstädte prakticiren und am Kurse Theil zu nehmen beabsichtigen, ihre Gesuche beim k. Staatsministerium des Innern einzureichen haben. Den zum Kurse zugelassenen Aerzten wird für die erwachsenden Baarauslagen einschliesslich des Honorars für den Leiter des Kurses und der Beschaffung der nöthigen Materialien ein Aversalbetrag von zweihundert Mark bewilligt. Die Zulassung von Theilnehmern, welche die Kosten selbst zu tragen geneigt sind, ist dem Leiter des Kurses, dem k. Universitätsprofessor Dr. Hauser, anheimgegeben.

München, 9. Februar 1895.

Frhr. v. Feilitzsch.

Der Generalsecretär:
v. Kopplstätter,
Ministerialrath.

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassungen. August Fr. Wilhelm Rade aus Sandförde in Pommern, appr. 1893, zu Trammersbach, Bez.-A. Lohr; Friedrich Rothhammer, appr. 1891, zu Strassbessenbach, Bez.-A. Aschaffenburg.

Verzogen. Dr. Schlereth von Rimpar nach Zellingen.

Gestorben. Dr. Adam Sturky, Generalarzt a. D., 76 Jahre alt, in Bamberg; Dr. Johann Leibl, prakt. Arzt, 36 Jahre alt, in Zellingen (Unterfranken).

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 7. Jahreswoche vom 10. bis 16. Februar 1895.

Betheil. Aerzte 375. — Brechdurchfall 7 (5*), Diphtherie, Croup 31 (47), Erysipelas 14 (17), Intermittens, Neuralgia interm. 3 (6), Kindbettfieber 3 (3), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 28 (36), Ophthalmo-Blennorhoea neonatorum 7 (3), Parotitis epidemica 3 (8), Pneumonia crouposa 69 (27), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 27 (27), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 42 (28), Tussis convulsiva 20 (25), Typhus abdominalis — (2), Varicellen 23 (33), Variolois — (—). Summa 277 (267). Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 7. Jahreswoche vom 10. bis 16. Februar 1895.

Bevölkerungszahl 396000.

Todesursachen: Masern 3 (—*), Scharlach 4 (—), Diphtheritis und Croup 4 (5), Rothlauf 1 (1), Kindbettfieber — (—), Blutvergiftung (Pyämie etc.) 2 (—), Brechdurchfall 2 (1), Unterleibtyphus — (—), Keuchhusten 5 (2), Croupöse Lungenentzündung 8 (4), Tuberculose a) der Lungen 34 (25), b) der übrigen Organe 5 (5), Acuter Gelenkrheumatismus — (—), Andere übertragbare Krankheiten 17 (3), Unglücksfälle — (2), Selbstmord 1 (—), Tod durch fremde Hand — (1), Sonstige Todesursachen 4 (8).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 247 (209), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im allgemeinen 32,4 (27,4), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 24,8 (18,9), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 22,2 (17,4).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.